

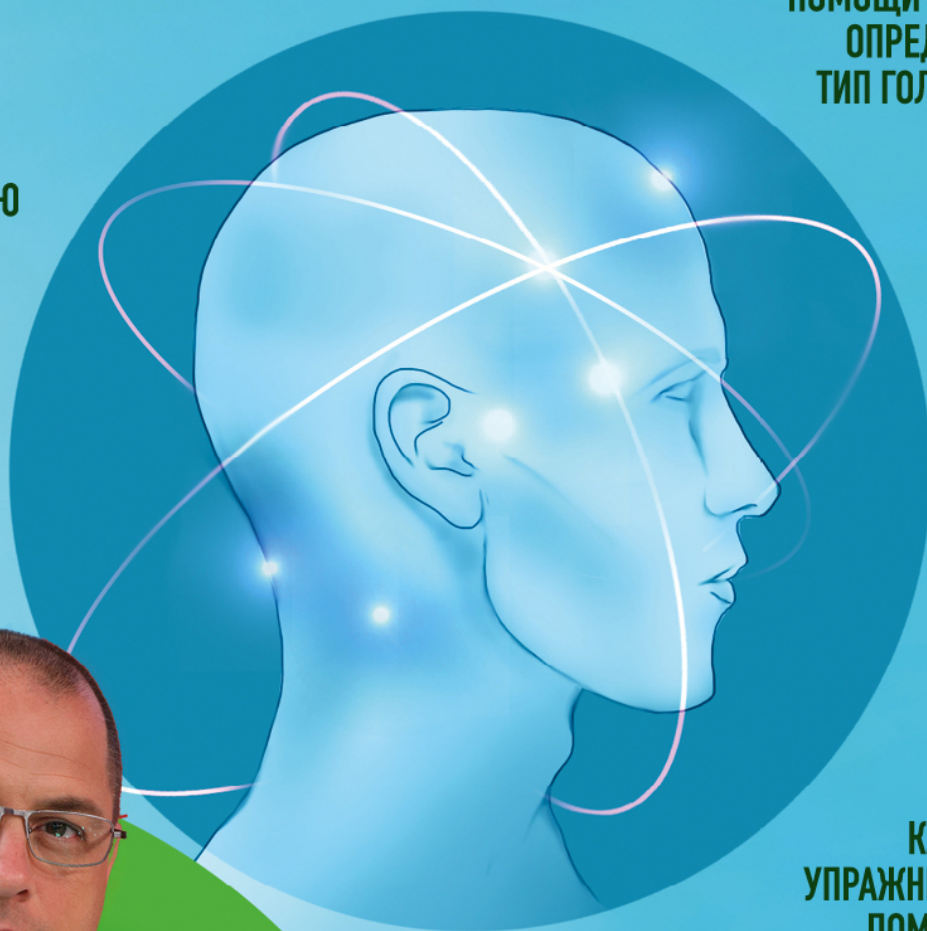
НЕ ДАЙ ГОЛОВЕ РАСКОЛОТЬСЯ!

О САМОМ
ГЛАВНОМ

УПРАЖНЕНИЯ, КОТОРЫЕ
ВОЗВРАЩАЮТ ЖИЗНЬ БЕЗ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

КОГДА
НЕЛЬЗЯ
ТЕРПЕТЬ
ГОЛОВНУЮ
БОЛЬ?

КАК ПРИ
ПОМОЩИ ТЕСТОВ
ОПРЕДЕЛИТЬ
ТИП ГОЛОВНОЙ
БОЛИ?



КАКИЕ
УПРАЖНЕНИЯ
ПОМОГУТ
ОБХОДИТЬСЯ
БЕЗ ЛЕКАРСТВ?

СЕРГЕЙ АГАПКИН

ТЕЛЕДОКТОР №1, ВЕДУЩИЙ САМОЙ РЕЙТИНГОВОЙ
ПРОГРАММЫ О ЗДОРОВЬЕ «О САМОМ ГЛАВНОМ»



Сергей Агапкин

**Не дай голове расколоться!
Упражнения, которые возвращают
жизнь без головной боли**

«ЭКСМО»

2019

УДК 615.8
ББК 53.54

Агапкин С. Н.

Не дай голове расколоться! Упражнения, которые возвращают жизнь без головной боли / С. Н. Агапкин — «Эксмо», 2019

ISBN 978-5-04-096586-1

Страдаете от головной боли, горстями пьете таблетки, но ничего не помогает? Книга доктора Сергея Агапкина, ведущего самой рейтинговой программы о здоровье «О самом главном», поможет вам расстаться с этой проблемой раз и навсегда. В книге последовательно изложены симптомы и причины развития основных типов головной боли, методы их правильной диагностики и рекомендации для самотестирования. И самое главное – даны простые и эффективные упражнения для выполнения в домашних условиях, благодаря которым вы сможете избавиться от головной боли без таблеток! Четкие схемы, карточки, чек-листы и подробные иллюстрации помогут вам понять причину вашей болезни и справиться с ней, укрепляя и оздоравливая весь организм в целом!

УДК 615.8
ББК 53.54

ISBN 978-5-04-096586-1

© Агапкин С. Н., 2019
© Эксмо, 2019

Содержание

Не болит голова у дятла, или Зачем вам знать о головной боли	6
Когда нельзя терпеть головную боль	8
С крокодилом на голове	14
Почему не помогают таблетки от головной боли?	17
Структуры, окружающие головной мозг	18
Как головная боль становится хронической	25
Наиболее распространенные типы головной боли	30
Головная боль напряжения	31
Мигрень	38
Конец ознакомительного фрагмента.	43

Сергей Николаевич Агапкин
Не дай голове расколоться!
Упражнения, которые возвращают
жизнь без головной боли

© ООО «М-Продакшн», 2018

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2018

* * *

Не болит голова у дятла, или Зачем вам знать о головной боли

Этой птице можно только позавидовать, ведь каждый человек хотя бы раз в жизни испытывал головную боль. Причем медицинская статистика говорит о том, что если эта боль возникла даже единожды, даже на час, есть большая вероятность того, что когда-нибудь потом она станет постоянной.

Исследования показывают, что четверть населения земного шара имеет регулярные жалобы на головные боли. Две трети из них страдают от хронических головных болей. Причем более 50 % – это люди трудоспособного возраста.

А ведь что такое хроническая головная боль? Таковой называется головная боль, которая продолжается не менее 15 дней в месяц!!! Вдумайтесь, только шесть месяцев в году вы живете по-человечески, а остальные полгода проводите, испытывая постоянную головную боль! В эти дни вы не можете пойти на работу, поиграть с ребенком, поехать на пикник с друзьями, провести романтический вечер с любимым человеком. Получается, что половину вашей жизни украли! Украла головная боль...

При хронической форме головной боли человек часто и надолго теряет свою трудоспособность и тратит огромные деньги на лечение. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что только от одной мигрени ежегодно пропадает 25 миллионов трудовых или учебных дней¹. В Европе на лечение головных болей ежегодно тратится более 43 миллионов евро, в России – около 90 миллиардов рублей! Большая часть затрат при головных болях связана даже не с покупкой лекарств, а с компенсацией дней, когда больной по причине приступа был вынужден отсутствовать на работе. Причем за помощью к врачам, по результатам разных исследований, обращается от 20 до 50 % всех больных. И даже эти люди помимо применения врачебных предписаний занимаются самолечением. Почему так происходит?

Проблема головных болей – это «проклятие», которое преследует человечество на протяжении всей его истории существования. И все это время, сколько бы люди ни описывали головную боль и сколько бы ни придумывали способов ее лечения, всегда существовала проблема недостаточно эффективного лечения головной боли.

Тысячу лет назад люди жаловались на то, что ничего не помогает, сто лет назад люди жаловались, что ничего не помогает, и сейчас картина совершенно не изменилась.

В 1979 году Ричард Паккард сформулировал чудесную историю про то, что человек, страдающий от головной боли, – это медицинский сирота.

«Человек, страдающий головной болью, является медицинской сиротой. Он проходит путь от офтальмолога к отоларингологу, невропатологу, стоматологу, ортопеду, хиропрактику. Ему назначают массу анализов и дают огромное количество лекарств, а в конце концов он остается один на один со своей головной болью».

Каждый из специалистов рассказывает больному, что раньше его лечили неправильно, назначает ему кучу анализов и процедур, но часто единственное, от чего избавляется страдающий, – это от своих денег.

На самом деле это, конечно же, не всегда так. Медицина не стоит на месте, и появились методы, которые способны эффективно лечить некоторые виды головной боли. Более того, были изобретены способы терапии тех видов головной боли, которые раньше не лечились. Тем

¹ Steiner TJ1, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. Cephalalgia. 2003. Sep; 23(7): 519—27.

не менее проблема головной боли до сих пор очень актуальна. И я предлагаю вам разобраться, почему так происходит и как все-таки избавиться от боли в голове.

Когда нельзя терпеть головную боль

В этой книге я расскажу о способах, которые помогут вам существенно снизить частоту и интенсивность головных болей или даже полностью избавиться от них. Но есть случаи, при которых нельзя медлить ни минуты! Никаких упражнений, никаких таблеток, никакого самолечения – бегом к врачу или к телефону – вызывать бригаду «Скорой помощи»!

В медицинской практике не редкость, когда сердобольные родственники, искренне желая помочь болящему, предлагают таблеточку, еще одну и полежать. И вот объекту домашнего лечения вроде становится полегче, он ложится, а вскоре перестает хвататься за голову. Близкие с облегчением вздыхают – помогло, успокоился, ну, теперь пусть поспит. А затем врачам остается лишь осмотреть холодеющее тело и констатировать смерть.

Одна из ситуаций, с которой я столкнулся в своей реабилитационной практике. Милая девушка, 26 лет, никаких проблем со здоровьем в прошлом. Пошла на дискотеку, вернулась ночью домой с внезапно возникшей очень сильной головной болью и тошнотой. Родственники сердобольно дали аспирин от головы и тазик на случай рвоты. Улучшения не было, появилась спутанность сознания и проблемы с речью – списали на употребление алкоголя и дали еще аспирина. Когда спустя почти сутки (!) ситуация не улучшилась – вызвали «Скорую».

Диагноз: геморрагический инсульт (при котором аспирин только ухудшил ситуацию), парез левой половины тела. Не работает рука, плохо работает нога, есть нарушения мимики. Обучаясь на бобат-терапевта, я взял эту девушку в качестве дипломного проекта спустя уже 1,5 года после этого события, когда прогнозы восстановления были более чем слабыми.

В результате мы существенно улучшили функцию ходьбы и даже добились грубых движений паретичной руки, но о полном восстановлении речь не шла. Все это могло бы сложиться иначе, обрати родственники внимание на один важный признак – впервые возникшая громкоподобная боль. Это так называемый «красный флаг», указывающий на тяжелые жизнеугрожающие состояния.

К сожалению, такие ситуации встречаются часто.

Помните, головная боль может свидетельствовать о состоянии, угрожающем жизни. Причем разрушительные процессы в таких случаях нередко протекают стремительно – счет идет даже не на часы, а на минуты!

Обычная головная боль, хоть и вызывает различные ощущения от простого дискомфорта до невероятных мучений, не опасна и не угрожает жизни. Но в некоторых ситуациях боль в голове возникает не сама по себе, а является симптомом опасных состояний и заболеваний. Такие головные боли называют вторичными.

Вторичные головные боли возникают как следствие патологических процессов, которые развиваются внутри организма, причем часто – не в голове, а в других частях тела.

Чтобы отличить такие головные боли от обычных (первичных), врачи разработали систему «красных флагов» – определили симптомы, которые указывают на угрожающее жизни состояние.

«Красные флаги»

Сигналы опасности при головной боли

• появление сильной «громоподобной» головной боли.
• Возникновение новой головной боли, отличающейся от привычной.
• Значительное усиление привычных головных болей.
• Головная боль с аурой (зрительными нарушениями, реже – чувствительными расстройствами в виде покалывания или онемения в губах, языке, одной половине лица), которая продолжается более 1 часа или сопровождается симптомами слабости в конечностях.
• Появление ауры без головной боли в случае, если ранее не возникала мигрень.
• Аура, впервые возникшая на фоне приема гормональных контрацептивов.

• Впервые возникшая головная боль у человека старше 50 лет.
• Усиление головной боли при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (кашель, чихание, сморкание, физическое напряжение, сексуальная активность).
• Впервые возникшая головная боль у человека, страдающего от ракового процесса, ВИЧ-инфекции или иммунодефицитного состояния.
• Головной боли сопутствуют оглушенность, спутанность сознания и потеря памяти.
• Головной боли сопутствуют симптомы интоксикации: боли в мышцах, суставах, повышение температуры тела, озноб и т. п.
• Головная боль, не прекращаясь, продолжается несколько недель и прогрессирует по интенсивности болевых ощущений.

Также нужно проявить бдительность и незамедлительно обратиться к врачу, если головная боль сопровождается:

- рвотой, не приносящей облегчения;
- сильным головокружением;
- повышением температуры тела;
- выраженной диареей;
- затруднениями дыхания;
- нарушениями зрения;
- нарушениями координации движений;
- неразборчивостью или спутанностью речи;
- потерей обоняния;
- постоянным звоном в ушах;
- появлением асимметрии лица;
- появлением асимметрии зрачков;
- напряжением мышц затылка, при котором человек не может наклонить голову вперед;
- невозможностью удерживать голову в вертикальном положении;
- появлением красной сыпи на коже;
- повышением артериального давления;
- отсутствием реакции на обезболивающие препараты.

Еще один «красный флажок», сигнализирующий о необходимости срочного обращения за медицинской помощью, – головная боль, возникшая после травмы головы или шеи, а также после хирургического вмешательства в этих областях.

Вообще вторичные головные боли могут возникать по множеству причин: из-за воспалений сосудов лица, воспаления зуба, повышенного внутричерепного давления, побочного действия некоторых лекарственных препаратов, заболеваний эндокринной системы, болезней уха, горла и носа.

Когда я только начал вести программу «О самом главном», со мной произошел важный для меня случай. Я ехал со съемок на такси, и по окончании поездки водитель наотрез отказался брать с меня деньги. Как он рассказал, его жена несколько месяцев страдала от постоянной головной боли, которая не менялась ни в лучшую, ни в худшую сторону. Сам водитель, мужчина южных кровей, сначала терпел, потом стал закипать. Знаменитая фраза «давай не сегодня, у меня голова болит», звучащая несколько месяцев подряд, многих может вывести из душевного равновесия. Однажды, вернувшись с ночной смены, за завтраком он включил телевизор и случайно увидел нашу программу, ту самую рубрику, которая, как он выразился, «спасла семейную жизнь». А рубрика была... о гайморите как осложнении стоматологического лечения. В голове у него что-то щелкнуло и пазл сложился (жена лечила зубы за пару месяцев до этого + чувствует себя уставшей + появилась головная боль). Он посадил жену в машину и повез на рентген в ближайшую поликлинику. В результате выяснилось, что после неудачного лечения корневого канала возник гайморит, который и давал эти боли. Гайморит вылечили у хорошего ЛОР-врача, канал пролечили у другого стоматолога – боль ушла!

Денег водитель так и не взял, но вселил в меня уверенность, что наша телепрограмма – дело нужное и полезное для людей.

Но я хочу выделить те первоисточники головных болей, с лечением которых нельзя медлить ни минуты.

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЕ ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Причина	Сопутствующие симптомы
Ишемический инсульт	Потеря чувствительности, ощущение ползания мурашек или онемения, чаще всего в одной половине тела; сильная слабость; двоение в глазах, затуманивание зрения или полная его потеря; нарушения речи; шум в ушах; нарушения глотания; головокружение, тошнота и рвота; нарушение координации движений; нарушения глотания; бред, нарушение сознания, в некоторых случаях — потеря сознания.

Причина	Сопутствующие симптомы
Транзиторная ишемическая атака	Симптомы схожи с проявлениями инсульта, но длятся не более 24 часов.
Аневризма сосудов головного мозга	При неразорвавшейся аневризме — ухудшение зрения, боль в глазах, расширение зрачков, онемение или слабость в одной половине лица, нарушения чувствительности в конечностях, эпилептические припадки. При разорвавшейся аневризме — тошнота, рвота, двоение в глазах, светобоязнь, напряжение мышц шеи и затылка, опущение века, судороги, часто — потеря сознания.
Опухоли головного мозга	Рвота по утрам, натошак, без предшествующей тошноты; головокружения; ухудшение зрения; нарушения памяти, концентрации внимания, мышления; нарушения слуха; нарушения речи; нарушения координации движений; внезапные обмороки; резкие перепады настроения; эпилептические припадки; галлюцинации.
Отравление токсическими веществами	Симптомы зависят от воздействия конкретного токсического вещества.
Инфекционный менингит	Лихорадка; появление геморрагической сыпи; светобоязнь; непереносимость звуков; тошнота и фонтанирующая рвота, не приносящая облегчения; напряжение мышц шеи, не позволяющее наклонить голову вперед; бред, галлюцинации, судороги, спутанность сознания, кома.

Причина	Сопутствующие симптомы
Гипертонический криз	Внезапное резкое повышение артериального давления на 20–50 мм. рт. ст. по сравнению с привычными показателями; тошнота и рвота; пульсация в висках; тахикардия; одышка; чувство жжения и боли в груди; нарушения речи, координации движений; нарушения чувствительности; нарушения мочеиспускания; появление сильного страха смерти.
Острый приступ глаукомы	Боль в области глаза; появление радужных кругов вокруг источников света, затуманивание зрения, сильное снижение остроты зрения; тошнота и рвота; головокружения; неприятные ощущения в области сердца, нарушения сердечного ритма, боль в сердце; иногда — боль в животе; общая слабость; озноб.

Конечно, не каждая сильная головная боль свидетельствует об угрожающем жизни состоянии. Симптомы нужно оценивать в комплексе. Ведь, например, тошнота и рвота при первичных головных болях – тоже довольно частое явление. При мигрени могут возникать светобоязнь, зрительные или слуховые феномены, которые человек может принять за галлюцинации. К тому же вторичные головные боли составляют всего 2–5 % от общего числа случаев боли в голове.

2–5 % головных болей могут являться симптомом угрожающих жизни состояний или заболеваний.

Тем не менее стоит внимательно оценить свое состояние или состояние человека, которому вы пытаетесь помочь, на предмет наличия «красных флагов». Особенно в том случае, если боли в голове не являются для человека чем-то обычным. Бдительность никогда не помешает, особенно если на кону жизнь и здоровье.

А теперь от ситуаций, в которых лучшая помощь – «Скорая помощь», перейдем к тем видам головной боли, которые мучают большинство людей и с которыми можно и нужно бороться.

С крокодилом на голове

Люди на протяжении всей своей истории шли к лечению головной боли очень странными путями. Взяв, например, фреску в одной из египетских пирамид, которая иллюстрирует диковинный метод – человеку с головной болью привязывали к голове крокодила. Наверняка этот способ отчасти помогал: рептилия мокрая и холодная – какой-никакой, а холодовой компресс. К тому же больной мог и забыть о головной боли со страха. А вы бы не забыли, если бы вам привязали к голове клацающего огромными зубами крокодила? Хотя этот конкретный крокодил не клацал – у него во рту изображен пучок какой-то травы. Неизвестно, какой процент больных выживал после подобного лечения, но всякое лечение имеет побочные эффекты...

Древние римляне мыслили аналогично – на голову страдающего от головной боли клали электрического угря и держали до тех пор, пока боль не пройдет или пациент не сбежит от этой специфической электроихтиотерапии. Не исключено, что и в других странах древние врачи помещали на голову больного что-нибудь не менее экзотичное.

Древние шумеры считали, что головную боль насылает бог Пазузу, с человеческим телом, собачьей головой, львиными ногами, с крыльями и скорпионьим жалом. В качестве лечения предлагали заклинания и ношение амулетов. Индейцы Южной Америки выбрали путь поиска обезболивающих средств – использовали кактусы пейот, которые содержали мескалин, в качестве препарата «от головы». Кстати, индейцы также сверлили своим соплеменникам дырки в темени. Одной из версий происхождения просверленных черепов в Перу и Китае считается трепанация как метод избавления от головной боли. Подобные черепа с дырками также обнаруживали и в Горном Алтае, где в древности находились стоянки скифов.



Головная боль мучила людей на всех континентах, и постепенно начали появляться более действенные способы ее укрощения. Свои методы избавления от боли разрабатывали Гиппократ, Цельс и Гален. Последний ввел термин «гемикrania» (дословно «половина головы»), который используется медиками до сих пор. Уже в те времена головные боли старались разделять на типы – чаще всего по локализации: боль в одной половине головы или в обеих, в висках или в затылке. В качестве лекарства предлагались отвары и настои трав, обладающих обезболивающим действием, массажирование определенных зон и точек, иглоукалывание (у китайцев).

Вплоть до XIX века основное внимание уделялось мигрени. Скорее всего, дело было в том, что она является одной из самых мучительных разновидностей головной боли. Нередко врачи, уточнявшие новые характеристики заболевания, сами страдали от него. Например, французский ученый Шарль Ленуа, живший в XVI веке, знал о симптомах мигрени на собственном опыте. Он определил связь мигренозных приступов со сменой погоды, предположил корреляцию мигрени с эпилепсией и описал гемиплегическую форму заболевания, когда во время приступа возникает односторонний паралич конечностей.

В XVII веке швейцарский врач Иоганн Якоб Вепфер во время изучения сосудов головного мозга и механизмов развития апоплексического удара пришел к выводу, что мигрень связана с расширением сосудов головного мозга. С течением времени ученые постепенно выявляли разные подвиды мигрени, факторы, провоцирующие приступы, описывали разновидности ауры и выделяли стадии мигренозного приступа. Врачи предлагали пациентам не только порошки и микстуры, но и специальную диету, обтирания, физические упражнения и методы релаксации.

Многие знаменитые личности страдали от этого недуга – Гай Юлий Цезарь, Фридрих Ницше, Альфред Нобель, Карл Маркс, Людвиг ван Бетховен, Эдгар Аллан По, Генрих Гейне, Петр Чайковский, Ги де Мопассан, Рихард Вагнер и Зигмунд Фрейд. Последний даже активно занимался изучением своего болезненного состояния и создал психоаналитическую теорию боли. Австрийский психоаналитик и невролог считал, что мигрень не передается по наследству, а вызывается стимуляцией некими химическими субстанциями ядра тройничного нерва и твердой мозговой оболочки (что современная наука рассматривает пусть не как причину, но как механизм развития мигрени). Он также был уверен, что менструальную мигрень и мигрень у беременных вызывает токсическое воздействие скрытой сексуальной субстанции (сейчас точно известно: при истинной менструальной мигрени речь идет о повышении уровня простагландина E2). Не имея возможностей современных биохимиков и патофизиологов, Фрейд сделал во многом правильные выводы: предположил роль сосудистого спазма и раздражения тройничного нерва в возникновении мигрени.

С появлением все более информативных методов диагностики постепенно изучались механизмы развития других типов боли. Была создана обширная классификация. Но до сих пор в знаниях о головной боли есть множество пробелов. Врачи и их пациенты по-прежнему страдают от высокой частоты случаев постановки неправильного диагноза и выбора неадекватной программы лечения больных. Все так же, как и в III тысячелетии до нашей эры, неврологи вынуждены строить предположения о диагнозе на жалобах больного. И хотя крокодилами уже не лечат, многие пациенты до сих пор страдают от того, что таблетки им не помогают. Почему общая картина не перестает быть удручающей? Можно ли наконец-то в XXI веке избавиться от боли в голове? В этой книге я постараюсь ответить на эти вопросы. Начнем с самого злободневного вопроса.

Почему не помогают таблетки от головной боли?

Выражение «болит голова» очень коварно – оно заставляет человека, далекого от медицины, думать, что пульсирует и давит у него в одном конкретном органе – в голове. А что в ней может болеть конкретно? Череп? Мозг? Или еще что-то? На это уже ответит не каждый.

Но голова – это не орган. Это часть тела, в которой сосредоточено множество разных структур. И страдать может каждая из них. Более того, механизмы развития головной боли из-за специфических изменений каждой из структур серьезно различаются. То есть существует не просто «головная боль», а множество ее типов. И лечение этих болей – абсолютно разное. Таблетка, хорошо помогающая от одного типа головной боли, бесполезна при другом, а в некоторых случаях может и существенно ухудшить состояние.

Вопреки распространенному мнению сам головной мозг не болит – в нем нет болевых рецепторов, которые бы могли провоцировать неприятные ощущения. Боль возникает из-за изменений в структурах, окружающих головной мозг.

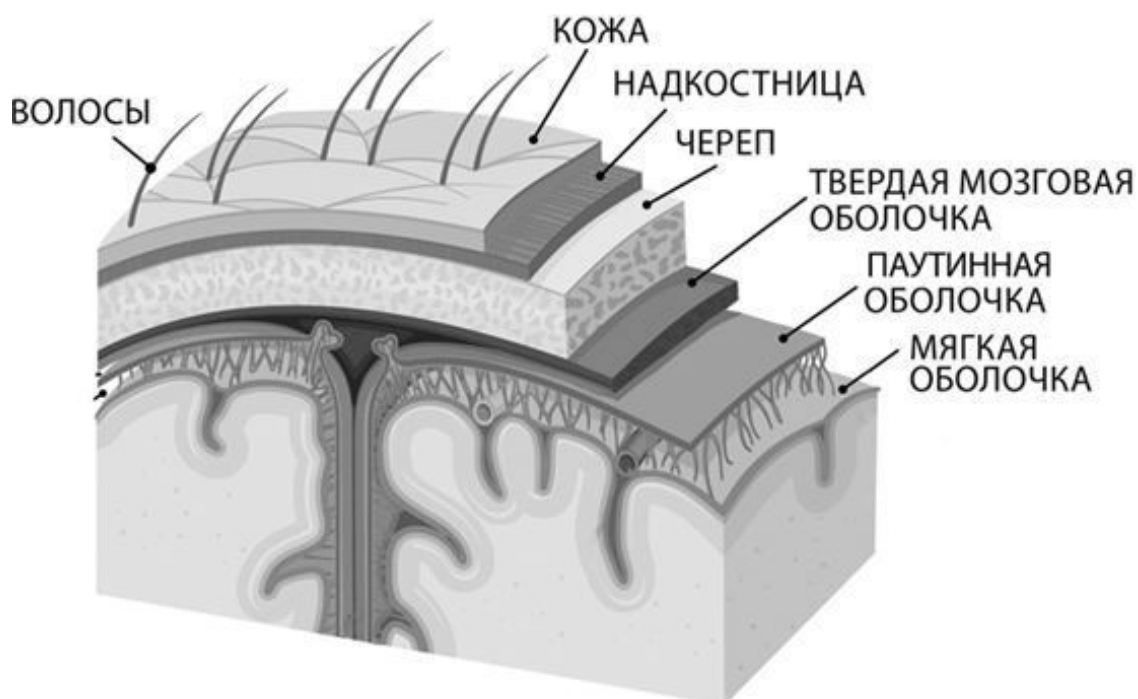
Структуры, окружающие головной мозг

Снаружи головной мозг покрывают три оболочки – мягкая, паутинная и твердая.

В мягкой мозговой оболочке, как и в головном мозге, нет чувствительных рецепторов, паутинная оболочка, которая является прослойкой между мягкой и твердой оболочкой, также не является провокатором головной боли.

А вот в твердой мозговой оболочке чувствительные рецепторы есть, поэтому остановимся на ней подробнее.

Твердая мозговая оболочка является частым источником головной боли.



Твердая мозговая оболочка обеспечивает механическую защиту головного мозга, защищает его ткани от токсических и инфекционных поражений. Эта ткань переходит в области большого затылочного отверстия в спинномозговую оболочку. Она состоит из двух слоев.

Наружный слой является внутренней надкостницей костей черепа и в некоторых местах плотно сращен с ними. А в тех областях, где существует пространство (эпидуральное пространство) между твердой мозговой оболочкой и костями черепа, располагаются кровеносные сосуды, незначительное количество жидкости, волокон, присоединяющих наружный слой твердой мозговой оболочки (надкостницу) к костям, нервы. Именно в этом зазоре при травмах головы может скапливаться кровь, создавая эпидуральную гематому, которая, как известно, может оказывать значительное давление на головной мозг и даже привести к смерти пострадавшего человека. Кровь при травмах головы также может скапливаться в пространстве между твердой и паутинной оболочками – такую гематому называют субдуральной.

Не так давно было найдено², что твердая мозговая оболочка может испытывать натяжение от задней малой прямой мышцы головы, с которой она сращена так называемым миодуральным

² Kahkeshani K., et al. Clin Anat. 2012. Connection between the spinal dura mater and suboccipital musculature: evidence for the myodural bridge and a route for its dissection-a review. Review article.

мостом. Эта связь показала, каким образом напряжение мышц подзатылочной группы может вызывать головную боль.

Наружный слой твердой мозговой оболочки доходит до глазниц и образует их надкостницу. А внутренний слой наряду с паутинной и мягкой оболочками головного мозга обволакивает глазной нерв.

Внутренний слой в некоторых зонах не сращен с наружным слоем твердой мозговой оболочки – эти пустоты называют венозными синусами, в них скапливается кровь, поступающая из внутренних и наружных вен головного мозга. Венозные синусы не имеют клапанов и мышечной оболочки, как другие вены, поэтому отток крови из них – свободный. За счет этого обеспечивается постоянство внутричерепного давления – излишки спинномозговой жидкости (ликвора) выводятся по венам, главным образом яремным, из полости черепа. Также есть связь между синусами и венами, расположенными на наружной поверхности черепа.

Между наружным и внутренним слоями твердой мозговой оболочки пролегают ее сосуды – менингеальные артерии (передняя, задняя, средняя), ответвления позвоночной артерии и вены твердой мозговой оболочки.

Очень часто механическое давление со стороны кровеносных сосудов на твердую мозговую оболочку является причиной возникновения головной боли.

Твердая мозговая оболочка содержит большое количество чувствительных рецепторов, особенно много их в местах, прилегающих к крупным артериям и ближе к основанию черепа. В местах входа в полость черепа нервы обволакиваются твердой мозговой оболочкой наподобие рукава, а саму оболочку иннервируют ветви блуждающего, тройничного и шейных спинномозговых нервов, а также нервы, сопровождающие среднюю артерию твердой мозговой оболочки, позвоночные артерии и некоторые сосудистые сплетения. Эти нервы крайне чувствительны к натяжению в местах их соединения с твердой мозговой оболочкой, поэтому даже незначительное растяжение этой оболочки может вызвать головную боль.

Кровеносные сосуды часто дают пульсирующую головную боль

Существуют два типа сосудов – артерии и вены. По артериям течет обогащенная кислородом кровь – от легких к тканям и органам, а по венам обедненная кислородом и обогащенная углекислым газом – от тканей к легким.

Головной мозг кровоснабжается с помощью двух артериальных систем. Первая система обеспечивает кровоснабжение головного мозга на 70–80 % и образована внутренними сонными артериями – ответвлениями общих сонных артерий, которые идут от аорты (левая сонная артерия) и правой подключичной артерии (правая сонная артерия). Вторая система – позвоночные артерии, которые входят через затылочное отверстие в пространство черепа на уровне первого шейного позвонка и затем сливаются в единую базилярную артерию.



Эти две артериальные системы связаны между собой виллизиевым кругом, или артериальным кругом, большого мозга.

Благодаря системе «переходников» между артериями в виллизиевом круге обеспечивается адекватный кровоток в головном мозге.

Артерии имеют множество чувствительных к боли рецепторов, раздражение которых возникает при перерастяжении сосудов и снижении проходимости сосудов или их спазме – он в том числе может развиваться при сдавливании или натяжении артерий.

Возникают болевые ощущения в голове и по причине неполадок с венами. В головном мозге отток крови происходит по системе мелких вен, впадающих в уже упомянутые выше синусы твердой мозговой оболочки. А из них, в свою очередь, кровь оттекает по позвоночным и яремным венам, а также по наружным венам черепа и другим подобным мелким сосудам. Клапанов у вен головного мозга нет, зато имеется множество «переходников» от одной вены к другой. Если по каким-то причинам отток по одной вене затруднен, кровь по «переходнику» пройдет в другую вену. Таким образом обеспечивается адекватный венозный отток из головного мозга.

При снижении тонуса внутричерепных вен, их растяжении из-за избыточного наполнения кровью или возросшего давления в синусах твердой мозговой оболочки, может возникать головная боль.

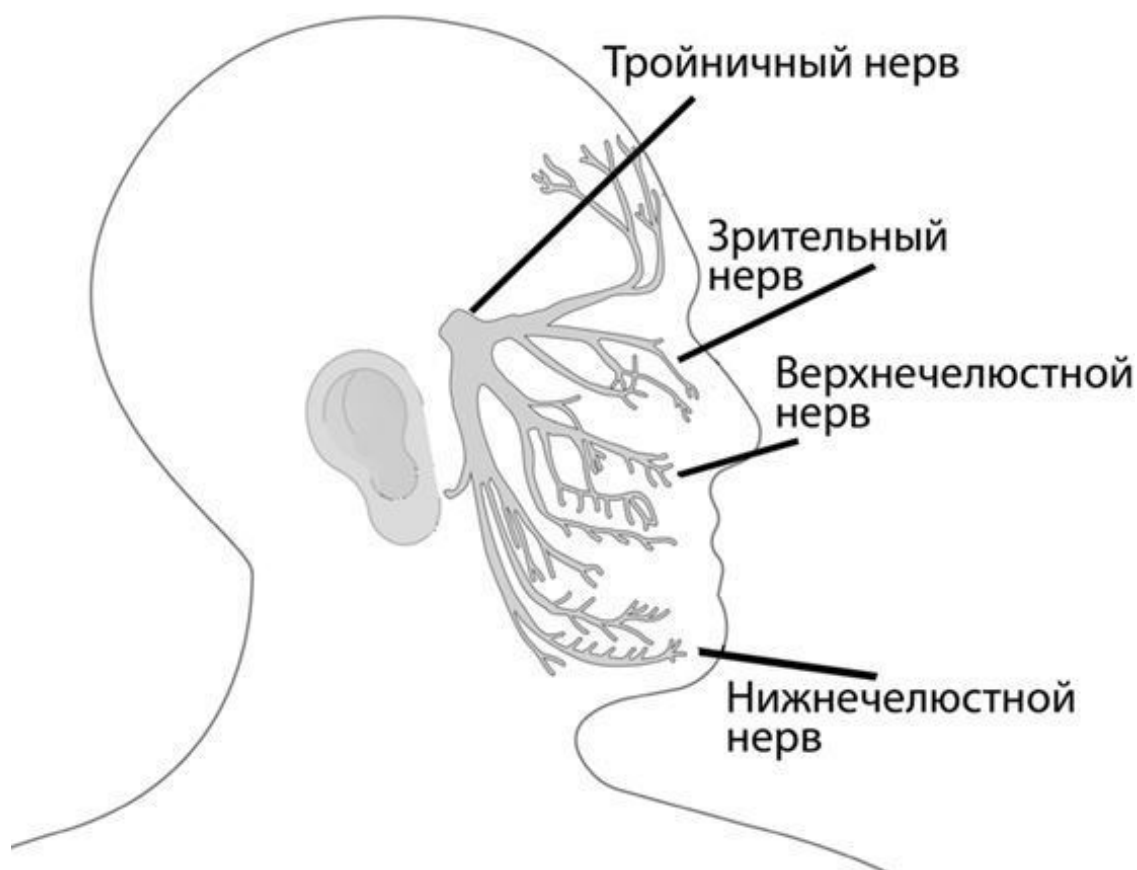
Еще один провокатор головной боли – нервы.

Насчитывается 12 пар черепных нервов. Каждый из них, подвергаясь механическому ущемлению, может давать болевые ощущения. Но головная боль возникает преимущественно из-за раздражения тройничного нерва.

Тройничный нерв может давать боль в области виска, глаза и верхней челюсти.

Тройничный нерв имеет и чувствительные, и двигательные, а также вегетативные волокна. То есть он не только передает тактильные, болевые и температурные ощущения в лице, зубах, слизистой оболочке рта и носа, но и управляет движениями жевательных мышц. Также тройничный нерв иннервирует твердую мозговую оболочку.

Волокна тройничного нерва, которые отвечают за чувствительность, начинаются от тройничного узла, расположенного между слоями твердой мозговой оболочки в области пирамиды височной кости.



Как следует из названия, тройничный нерв разделяется на три ответвления – глазной нерв, верхнечелюстной нерв и нижнечелюстной нерв:

- Глазной нерв – отвечает за чувствительность глазного яблока, верхнего века, внутреннего уголка глаза, спинки носа, лобной и решетчатой околоносовых пазух, слизистой оболочки верхней части носовой полости. Также он иннервирует мозговые оболочки, волосистую часть головы спереди и кожу лба.
- Верхнечелюстной нерв – отвечает за чувствительность слизистой оболочки нижней части носовой полости, гайморовых пазух, нижнего века, наружного уголка глаза, верхней части щеки, частично – кожи боковой поверхности лица, верхней губы, десны и зубов верхней челюсти.
- Нижнечелюстной нерв – обеспечивает иннервацию задней части боковой поверхности лица, нижней части щеки, нижней губы, подбородка, языка, слизистых оболочек щек, десны и зубов нижней челюсти, нижней части ротовой полости.

Тройничный нерв может поражать невралгия – патологическое раздражение его чувствительных волокон из-за воспалительных явлений в области черепа, сдавления нерва, его повышенного механического раздражения (например, вследствие неправильного прикуса).

Невралгия тройничного нерва часто сопровождается головными болями.

Еще одна группа нервов, которая нас может интересовать в рамках рассматриваемой проблемы, – затылочные нервы. Они являются ответвлениями шейных нервов и пролегают от задней верхней части шеи до задней части головы. Чаще всего страдает большой затылочный нерв, а также малый и третий затылочные нервы.

Пара больших затылочных нервов ответвляются от второго шейного спинномозгового нерва. Они пролегают в области нижней косой мышцы головы, сухожилия трапецевидной

мышцы и затрагивают кожу затылочной (и частично теменной) части головы. Малые затылочные нервы ответвляются от второго и третьего спинномозговых нервов, выходят в зоне прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной мышцы к сосцевидному отростку и пролегают в области задних боковых частей головы – за ушами.

При раздражении или сдавлении затылочных нервов развивается невралгия. Помимо термина «невралгия затылочного нерва» также применяется понятие «окципитальная (затылочная) мигрень». Данный синдром провоцирует возникновение жгучей головной боли с одной стороны затылка.

Генераторами боли в голове могут быть перекраниальные мышцы, то есть мышцы, которые окружают череп. К ним в том числе относятся мышцы шеи и лицевые мышцы. При их избыточном напряжении, спазме часто развиваются головные боли.

Еще одной причиной боли в голове являются поражения суставных структур:

- височно-нижнечелюстного сустава;
- атланто-окципитального сустава (между затылочной костью и 1-м шейным позвонком);
- атлантоаксиального сустава (между 1-м и 2-м шейными позвонками).

Височно-нижнечелюстные суставы с двух сторон соединяют нижнюю челюсть с основанием черепа. Благодаря этим суставам мы можем жевать и говорить. Область сустава иннервируется ветвью тройничного нерва.



При неправильном прикусе, изменениях со стороны зубов, повреждении височных костей черепа анатомически нормальные движения нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах нарушаются. Это приводит к спазму жевательных мышц, напряжению мышц шеи и болям в голове.

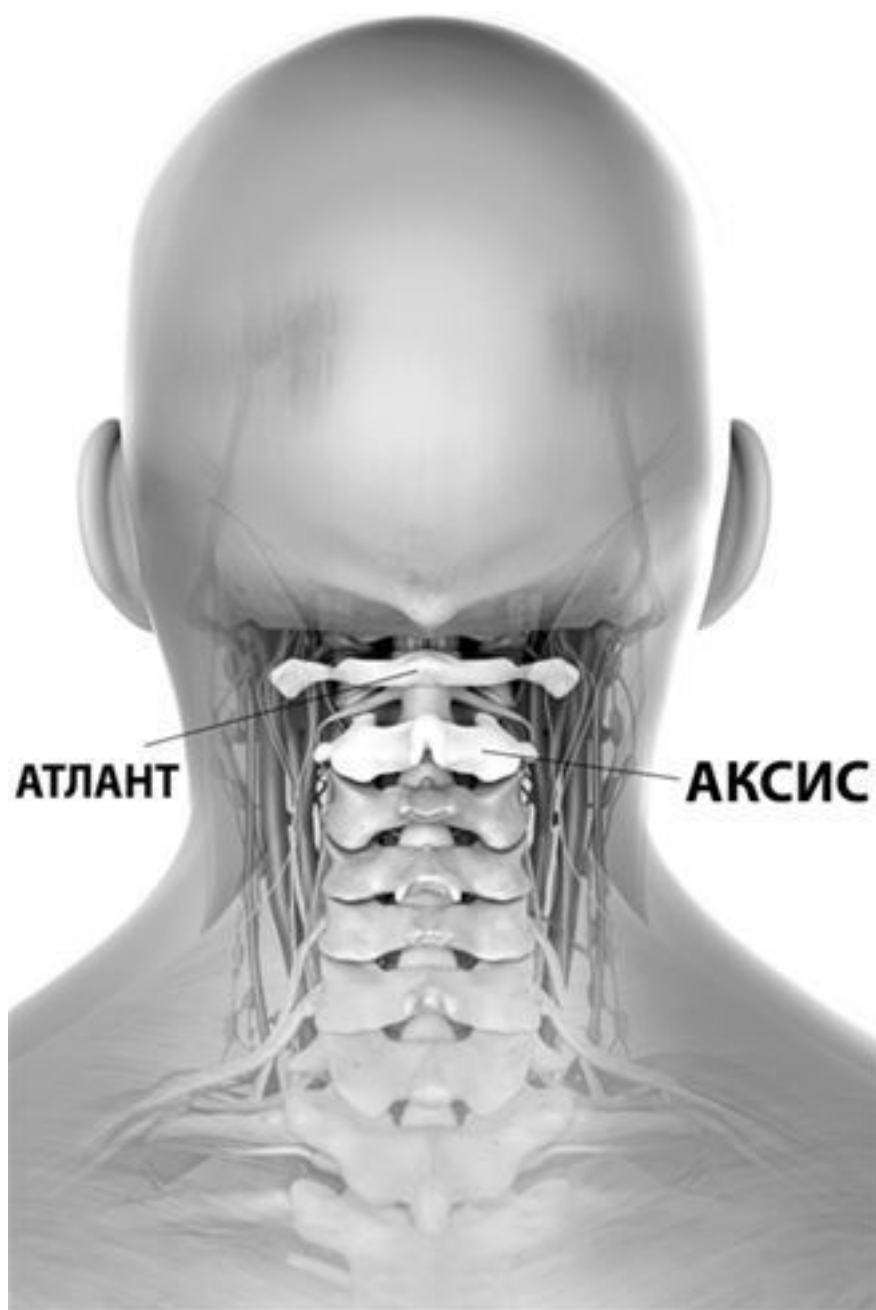
Проблемы атлантозатылочного или атлантоаксиального суставов часто возникают после травмы шеи. Например, после автомобильной аварии.

Они проявляют себя головными болями, которые могут возникнуть спустя несколько месяцев после получения травмы.

Атланто-окципитальный сустав образован двумя мыщелками затылочной кости и верхними суставными ямками атланта – первого шейного позвонка. В окружающих его структурах проходят позвоночные артерии и нервы. Атлантозатылочный сустав участвует в кивательных движениях головы и в наклонах головы вправо-влево. Поражения этого сустава, например его подвывих, могут вызывать головную боль.

Также подобные проблемы могут появиться при ударах по голове и шее, резком повороте головы, кувырках, прыжках в воду вниз головой.

Атлантоаксиальный сустав соединяет первый шейный позвонок (атлант) со вторым шейным позвонком (аксисом). В отличие от других шейных позвонков второй шейный позвонок имеет зубовидный отросток, вокруг которого движется атлант, соединенный с черепом. Атлантоаксиальный сустав обеспечивает вращение головы вокруг вертикальной оси, при этом череп и атлант двигаются как единое целое. Поражение структур самого сустава и его связок нередко приводит к развитию головной боли.



Как головная боль становится хронической

Как вы смогли убедиться, генераторами головной боли являются многие структуры, окружающие головной мозг. При этом сами болевые ощущения могут практически не иметь различий.

В значительной части случаев боли, которые возникают даже в отдаленных участках (атланта-окципитальный сустав, атланта-аксиальный сустав, височно-нижнечелюстной сустав), в силу того, что эти структуры иннервируются чувствительными нейронами тройничного нерва, могут давать отраженную боль, которая в дальнейшем будет транслироваться головным мозгом в достаточно отдаленные участки. Например, боль, провоцируемую суставами С1 и С2 шейного отдела позвоночника, в большинстве случаев человек ощущает как боль в виске и в глазу. Это часто приводит к ложной диагностике. Например, вместо обследования на наличие проблем в позвоночнике пациенту устанавливают в качестве диагноза мигрень и прописывают специфические сосудистые препараты, от которых боль, естественно, не проходит.

Если боль возникает в какой-либо области, то это не означает, что причина ее появления находится там же.

Но воздействовать при лечении нужно именно на причину, которую порой трудно выявить. Это и приводит к такой ужасающей частоте случаев, когда пациенты пьют таблетки от головной боли годами, а толку от этого нет.

Например, если обследование показало наличие проблем с сосудами, кровоснабжающими твердую мозговую оболочку, все равно тяжело выделить первопричину развития головных болей: где компонент сосудистый, а где – твердомозговой оболочки. Возьмем пример, когда у человека возникает гипертонический криз – резкое повышение артериального давления. Артериальные сосуды данного человека испытывают растяжение, и это потенциально может давать боль. Если же давление повышается у человека постепенно, в течение десятков лет, то даже при повышенном давлении голова у такого человека болеть не будет, потому что его сосуды постепенно адаптируются к повышению давления. Только резкий скачок давления сопровождается появлением головной боли³. В таком случае препарат, снижающий артериальное давление, может устранить головную боль.

Но если сосуды долго давят на окружающие ткани – те в свою очередь начинают страдать, механически повреждаются и начинают выделять так называемые аллогены – вещества, вызывающие воспаление и усиливающие болевую чувствительность, в частности уже известные нам простагландины. Появляется другая головная боль, связанная с возникновением воспаления и отека в окружающих сосудах тканях. И такой тканью, в частности, может быть твердая мозговая оболочка. На этом этапе прием нестероидных противовоспалительных средств, НПВС, блокирующих образование простагландинов, позволяет прервать приступ головной боли.

Кроме того, когда артериальные сосуды переполняются, они могут сбрасывать по обходным путям в венозную систему кровь, которая к ним притекает. И это приводит к резкому расширению вен, что также вызывает боль. Прием препаратов, увеличивающих тонус вен (кофеин, эуфилин) способен убрать эту головную боль. Но даже в том случае, если головная боль не возникнет из-за расширения вен, ее спровоцирует их давление на окружающие ткани.

Таким образом, проблема с некоторыми видами боли заключается в том, что поражена может быть одна анатомическая структура, а боль будет провоцироваться изменениями совсем

³ Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. Ремедиум, 2000.

другой. Вторая проблема заключается в том, что препарат, эффективно убирающий один вид головной боли, бессилен при других типах, а иногда и вреден.

Основная сложность возникает в выборе лечения – остается вопрос, на какую структуру воздействовать терапевтически.

Но, несмотря на то что у боли есть анатомические причины, существует удивительный механизм, который в большинстве случаев игнорируют. И этот механизм объясняет, почему на самом деле многие люди не могут справиться с головной болью. Кроме того, наше поведение, образ жизни, реакции на те или иные ситуации могут влиять на развитие некоторых видов головной боли.

Если мы возьмем людей, страдающих классической мигренью, эти люди делятся на две категории. Первая группа принимает противомигренозные препараты, когда возникает боль, вторая – сначала сутки страдает, а потом уже принимает препарат. Если сравнить две эти группы, то выяснится, что количество принятых лекарств за месяц у них одинаковое, но только одни страдают от боли во время приступов в среднем 4 часа, а другие – 24. Если вы спросите людей, которые добровольно обрекают себя на страдания, зная, что избавиться от них можно, просто выпив таблетку, зачем они это делают, их ответ будет достаточно странным. Они скажут: «Ну, лекарства – это же вредно». Несмотря на то, что в конечном итоге они все равно это лекарство принимают. При этом исследования показывают, что у людей с мигренью существенно возрастает риск инсульта – на 20 % при мигрени без ауры и на 120 % при мигрени с аурой⁴. У этих людей есть странные установки, что головную боль нужно терпеть, а потерпишь – боль скоро пройдет. И хотя от приступов мигрени они могут страдать десятки лет, каждый новый приступ они думают: «Ну в этот раз точно быстро пройдет». Эти люди будто постоянно ходят по складу с граблями. А ведь такой подход – прямая дорога к хронизации головной боли.

Избавиться от хронической головной боли не так-то просто. Она похожа на застрявшую в голове надоедливую песню, которую, несмотря на ваше раздражение, мозг воспроизводит раз за разом, будто заевшую пластинку.

В некоторых случаях наличие хронической головной боли сопровождается развитием феномена вторичной гипералгезии – появлением боли в других частях тела: в области плеч и грудной клетки, поясницы, стоп ног, кистей рук. Причем эти боли имеют временную связь: заболела голова – заболели пальцы на руках.

Этот феномен связан с таким явлением, как централизация боли. У нас в организме есть два механизма формирования боли. Первый механизм – ноцицептивный. Это механизм возникновения боли – информация от рецепторов стекается к мозгу. В случае головной боли информация поступает от рецепторов твердой мозговой оболочки, сосудов или других анатомических структур. Второй механизм – антиноцицептивный. Это механизм контроля чувства боли, когда организм регулирует количество входящих сигналов от рецепторов к мозгу. Мозг может как подавлять болевую рецепцию, так и усиливать ее. Это его выбор, который обусловлен психологическим состоянием человека, его когнитивной стратегией (терпеть боль или срочно выпить обезболивающую таблетку), а также функциональным состоянием антиноцицептивного механизма, то есть насколько у человека в хорошем состоянии те участки головного мозга, которые тормозят боль.

Статистика показывает, что у людей, которые имеют регулярные физические нагрузки, приступы головной боли возникают гораздо реже. Все потому, что во время занятий спортом людям часто приходится преодолевать себя, терпеть небольшую боль. Таким образом, антиноцицептивный механизм у этих людей постоянно тренируется, участки, отвечающие за подав-

⁴ Ann I. Scher and Lenore J. Launer. Migraine with aura increases the risk of stroke

ление боли, регулярно учатся ее гасить. Именно поэтому у многих спортсменов очень высокий болевой порог.

Но возникает вопрос, почему же тогда у людей, испытывающих хронические головные боли, эта боль не проходит – ведь антиноцицептивный механизм за годы приступов мог бы натренироваться. Ответ заключается в том, что любая тренировка хороша до определенного порога. Чрезмерная нагрузка у спортсмена приводит не к улучшению тренированности, а к травме.

Если человек возьмет гантель в один килограмм и начнет ее поднимать – толку будет мало, возьмет пятикилограммовую гантель – результат будет лучше, возьмет гантель в 10 килограммов – будет совсем хорошо. Но если ему дать сразу двухсоткилограммовую штангу – она попросту его раздавит. Так же и при превышении определенного порога болевых стимулов организм начинает идти на попятную. У человека с хронической головной болью интенсивность болевых сигналов такова, что его антиноцицептивный механизм не может их подавить – для него это перегрузка. В результате он прекращает сопротивление, сдается под натиском боли. То есть импульсы, идущие от локализации развития головной боли, чрезмерны для защитной системы организма. Количество приступов и их интенсивность при некоторых головных болях зависят от физического и психологического состояния человека.

Лечить головную боль нужно как можно скорее! Если человек регулярно испытывает головную боль, никак ее не лечит или лечит ее неэффективно, то боль становится центральной – мозг сам начинает ее постоянно воспроизводить. Это приводит к учащению интенсивности и количества приступов головной боли, к ее хронизации, а также к появлению других хронических болей – в суставах, мышцах, внутренних органах.

Помимо всего этого, необходимо учитывать и проблему восприятия и формирования боли у человека. Раньше считалось, что с головной болью все понятно: есть какая-то структура в теле – ее травмировали механически (ударили, порезали и т. п.) – она начала воспалиться – ее рецепторы среагировали и отправили болевой сигнал в головной мозг. И на протяжении лет ста пятидесяти считалось, что механизм формирования любой боли именно такой.

Уже в середине – конце XX века ученые пришли к мысли, что с болью все не так просто. Есть психологический компонент восприятия человека. Например, если человек находится в хорошем настроении, восприятие боли будет одно, а в плохом настроении – другое.

Последние исследования говорят, что достаточно сильное воздействие оказывает социальный фактор. Например, если объяснить человеку, что причина его головной боли заключается в каком-то действии и, изменив его, он сможет эту боль уменьшить, то формирование у человека чувства контроля головной боли приводит к тому, что приступы возникают реже.

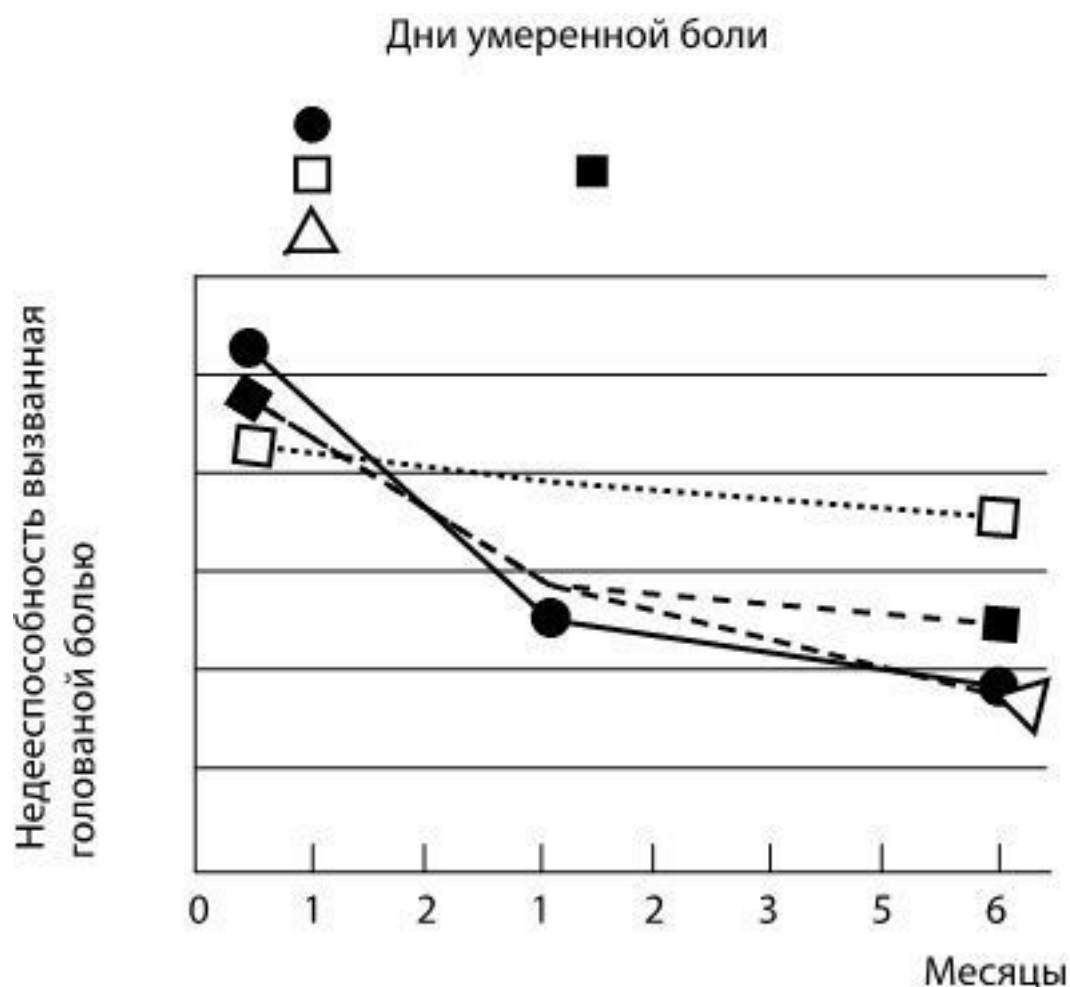
Исследования показывают, что когда человек знает, откуда возникает боль, что ее провоцирует и что влияет на ее частоту, то даже этого достаточно, чтобы головная боль стала меньше. Имея знания, человек перестает бояться своей боли и справляется с ней лучше.

Именно поэтому в лечении головных болей часто используют методы, которые на первый взгляд не очень для этого подходят. И тем не менее они высокоэффективны.

Например, в 1995–1998 годах было проведено рандомизированное плацебо-контролируемое исследование по управлению хронической головной болью напряжения⁵. В нем принимало участие 203 человека: средний возраст 37 лет, 76 % женщин, с диагнозом хронической головной боли напряжения. В ходе исследования сравнивалось лечение: с помощью антиде-

⁵ Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285: 2208–15.

прессантов (амитриптилин гидрохлорид, до 100 мг/сут., дортриптилин гидрохлорид, до 75 мг/сут.), стресс-менеджмента (релаксация, когнитивная психотерапия) и плацебо (таблетки, не содержащие лекарственного вещества), а также двойным действием – антидепрессантами и стресс-менеджментом. Основная суть стресс-менеджмента заключалась в том, что человеку объясняли, что голова у него болит, потому что он напрягается слишком много, а это происходит из-за того, что он хочет слишком многого от жизни. То есть то, о чем буддисты говорят вот уже 2500 лет: жизнь есть страдание, страдание есть результат желаний, избавление от желаний есть путь избавления от страданий. Только здесь было десять сеансов по часу и оплачивалось по страховке.



По итогам этого исследования вышла очень интересная картина. Оказалось, что краткосрочный эффект от применения всех трех методов одинаковый (да, даже от плацебо!), а вот в долгосрочной перспективе стресс-менеджмент оказал лучшее влияние. А ведь по сути – человеку объяснили, что к жизни нужно относиться попроще, он внял этим словам, сократил количество рабочих часов, а вместо пребывания в офисе «до упора» стал гулять вечерами в парке. И статистика на достаточно большой выборке продемонстрировала, что действительно улучшение режима снижает количество приступов головной боли, их продолжительность и частоту даже в отсутствие какого-либо дополнительного лечения!

Более того, в смешанной группе, где люди получали и антидепрессанты, и стресс-менеджмент, результаты от группы, где применялся только стресс-менеджмент, никак не отличались. То есть все, что нужно было больному человеку, – это просто задуматься, зачем он себя так «загоняет», и немного изменить свой образ жизни.

Это показывает, что дыхательные упражнения, расслабление мышц, прогулки по парку и другие антистрессовые методики дают тот же, а иногда и больший лечебный эффект, чем антидепрессанты, которые имеют серьезные побочные эффекты и обширный список противопоказаний.

Например, наиболее часто назначаемый врачами антидепрессант амитриптилин вызывает такой побочный эффект, как дезориентация в пространстве. То есть если автолюбитель решит лечить свою головную боль с помощью антидепрессантов, то ему придется пересесть на общественный транспорт, тратить на дорогу в среднем на два часа больше, отказаться от работы с другими сложными механизмами. Так же за амитриптилином числится побочный эффект в виде снижения потенции – не нужно говорить, чем придется жертвовать человеку, который желает избавиться от головной боли приемом антидепрессантов. И в то же время мы имеем абсолютно безопасную, но эффективную методику стресс-менеджмента, которая позволяет справиться с головной болью без подобных проблем. Достаточно выделить 15 минут в день для того, чтобы прилечь, подышать, расслабить напряженные мышцы или прогуляться по парку. На мой взгляд, выбор очевиден.

Все приведенные выше примеры показывают, насколько многогранна и сложна головная боль. Для больного она может выражаться в нескольких характеристиках, а вот для врача поиск истинной причины и определение типа головной боли – сложнейший квест. Причем любая ошибка в его прохождении сказывается на пациенте – назначили не то лекарство, лечение не помогло, прием лекарств сказался на здоровье.

К сожалению, путь к избавлению от головной боли для большинства пациентов пока сложен и тернист. Легко заплутать в лабиринте врачебных кабинетов, диагностических процедур, больничных счетов и дорогостоящих лекарств. Но выход все же есть. И я предлагаю вам начать избавление от боли в голове прямо сейчас.

Сначала разберемся в типах головной боли.

Наиболее распространенные типы головной боли

Что же такое головная боль? Вот определение Тинсли Харрисона, создателя знаменитого справочника по внутренним болезням:

«Головной болью считаются любые боли и чувства дискомфорта, локализованные в области головы».

Это определение очень размытое, ведь в области головы боль может исходить из области челюсти, гайморовой пазухи, глазницы и других отделов. Исходя из этих особенностей сформирован огромный список разных типов головной боли. По последнему, утвержденному в 2003 году классификатору головной боли их насчитывается более 160 разновидностей. В классификаторе 2013 года их уже более 180 типов.

Но на самом деле большинство людей страдает всего от четырех типов головной боли или их комбинаций. В порядке распространенности их можно перечислить так:

1. Головная боль напряжения.
2. Мигрень.
3. Цервикогенная головная боль.
4. Кластерная головная боль.

Разберем подробно каждую из них и отдельно рассмотрим еще два типа головной боли – сосудистую и абюзусную.

Головная боль напряжения

Это самый распространенный тип головной боли. По статистике, до 70 % всех головных болей являются головными болями напряжения. Чаще всего от них страдают женщины. Появиться такие боли могут в любом возрасте, эпизоды головной боли напряжения испытывали более 2/3 людей во всем мире.

Причины

Головная боль напряжения – это тип головной боли, которая возникает в ответ на чрезмерное психическое напряжение у людей с определенным типом нервной системы.

Часто генератором болезненных ощущений при головной боли напряжения является напряжение мышц: затылочных, височных, трапецевидных, грудинно-ключично-сосцевидных и группы мышц – разгибателей шеи. Их тонус повышается из-за нервного напряжения. Это запускает цепь патологических механизмов – напряжение мышц провоцирует сдавление расположенных в них кровеносных сосудов, в них нарушается кровоснабжение, появляется отек. Также напряженные мышцы могут сдавливать нервные окончания. Комплекс этих проблем и приводит к развитию головной боли.

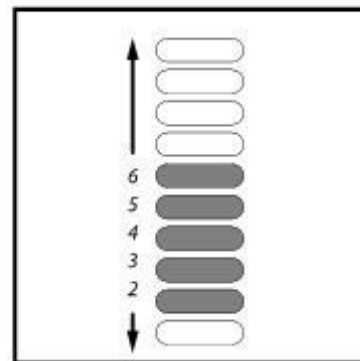
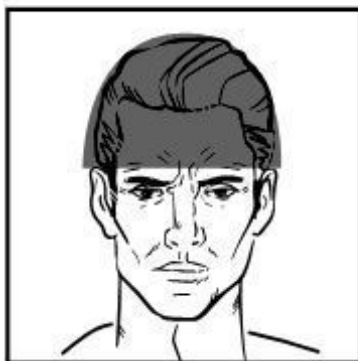


Провоцирующие факторы

Психическое напряжение может возникать из-за острого или хронического стресса, а также при депрессиях и тревожных расстройствах.

У больных с головными болями напряжения депрессия часто протекает в скрытом виде, поэтому наличие головных болей напряжения – повод заняться своим внутренним состоянием и освоить практики релаксации, самые эффективные из которых представлены во второй части этой книги.

Головная боль напряжения



Двухсторонняя, диффузная. «Каска невротика»

Интенсивность: 2–6 баллов



Сжимающая, монотонная



Практически не влияет
на трудоспособность



Уменьшается при умеренной
физической нагрузке



Часто возникает
на фоне депрессии



Может сопровождаться болями
в других частях тела без наличия
физиологической причины

При скрытой депрессии у больных появляются жалобы на быструю утомляемость, нарушения сна, снижение аппетита (или его патологическое повышение), повышенную раздражительность.

Большинство людей, страдающих от головных болей напряжения, имеют определенный склад личности – у них повышена тревожность.

Они постоянно находятся в напряжении, что «что-то должно произойти». По сути, люди с повышенной тревожностью находятся в постоянном стрессе.

Постоянное нервное напряжение провоцирует снижение болевого порога (повышение чувствительности к боли), в том числе мышц.

Усиливают интенсивность боли эмоциональное напряжение, ощущение страха, тревоги, умственное напряжение.

Головная боль напряжения чаще всего возникает в дневные часы.

Помимо психического напряжения, этот тип головных болей может возникать из-за длительного нахождения в неудобной позе. Например, при долгой работе с мелкими деталями (шитье, вышивание, ювелирное дело и т. п.), когда нужно склонять голову, чтобы лучше рассмотреть детали, напрягать зрение, сидеть сгорбившись. От головных болей напряжения также часто страдают водители – при вождении автомобиля необходимо всматриваться в дорогу (особенно в темное время суток), да и сама поза «за рулем» часто антифизиологична. Неудобная поза во время сна тоже может быть причиной.

Фактор	Мужчины (%)	Женщины (%)
Стресс и нервное напряжение	64	77

Фактор	Мужчины (%)	Женщины (%)
Курение, включая пассивное	34	38
Перемены погоды	26	28
Алкоголь	25	28
Некоторые продукты питания	5	11
Сексуальная активность	2	3
Менструация	—	39

Важно, что эти факторы провоцируют головную боль не сами по себе, а потому что длительное пребывание в неудобной позе повышает нервное напряжение. Деятельность в таких позах требует, как правило, серьезного сосредоточения.

В современном мире головная боль напряжения – бич офисных работников. Длительная работа за компьютером, напряжение глазных мышц и хронические стрессы приводят к данному состоянию.

Существует мнение, что головная боль напряжения также может провоцироваться курением и употреблением алкоголя. Было исследование⁶, цель которого состояла в выяснении этой взаимосвязи. Результаты оказались следующими:

Как мне кажется, здесь перепутана причина и следствие. Люди, страдающие от частых головных болей напряжения, эмоционально более нестабильны, они хуже контролируют свое психоэмоциональное и физическое состояние, более подвержены вредным привычкам – именно алкоголем и сигаретами они и привыкли снимать нервное напряжение.

Утверждение, что головные боли напряжения вызывают изменения погоды, тоже сомнительны. Подобную «связь» чаще всего устанавливают во время опроса пациента, который считает, что голова у него болит «на погоду». Но это лишь субъективное мнение. Исследования не подтверждают зависимость головных болей напряжения от перемены погодных условий.

Также появление головных болей напряжения часто связывают с наступлением менструации. Однако болезненные менструации, или, говоря медицинским языком, – дисменореи, вызывают болевые ощущения в связи с накоплением простагландинов – веществ, которые усиливают болевую чувствительность и вызывают расширение сосудов. Простагландины являются стимуляторами гладких мышц, в особенности матки, и делают организм чувствительным к любому виду боли, в том числе и в голове.

Поэтому головная боль при менструациях в большинстве случаев является симптомом дисменореи, а не головной боли напряжения.

Локализация и характер боли

При головной боли напряжения боль затрагивает обе половины головы, широко распространяется. Больные сравнивают свои ощущения со «сжимающим обручем», «тисками», «тугой плавательной шапочкой на голове», жалуются на натяжение/напряжение кожи и мышц головы. В практике у неврологов есть специфический термин «каска неврастеника», который отлично иллюстрирует характер боли: сжимающий, стягивающий, монотонно сдавливающий.

При головных болях напряжения не возникает пульсирующей боли.

Наличие пульсации при головной боли напряжения говорит о том, что у человека либо неправильно установлен тип головной боли, либо к головной боли напряжения присоединяется сосудистый компонент.

Частота

Головные боли напряжения подразделяются на два вида:

- Эпизодическая головная боль напряжения – приступы длятся от 30 минут до 1 недели. В месяц больной испытывает менее 15 приступов (или менее 180 эпизодов в год).

- Хроническая головная боль напряжения – головная боль сохраняется практически постоянно с эпизодическими незначительными повышениями интенсивности болевых ощущений на фоне психического, умственного и физического напряжения. В месяц больной испытывает более 15 болевых эпизодов (или более 180 приступов в год).

При эпизодических головных болях напряжения случаи возникновения болевых ощущений менее интенсивные, чем при хронических. Чаще всего с таким видом головной боли напряжения связаны тревожные расстройства.

Хронические головные боли напряжения во многих случаях развиваются на фоне депрессии или сопровождаются ее развитием. При этом виде головных болей ощущения более интенсивные. Они снижают качество жизни, негативно влияют на работоспособность – как

⁶ Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. Pain 1993; 53(1): 65–72.

правило, больные могут выполнять работу и во время приступов, но ее скорость и эффективность понижаются.

У 10 % людей во всем мире головная боль напряжения возникает не менее 1 раза в неделю.

Влияние на трудоспособность

Для головных болей напряжения нехарактерны тошнота и рвота, фото- и фонофобия (повышенная чувствительность к свету и звукам). В среднем человек при головной боли напряжения не теряет работоспособности и может осуществлять трудовую деятельность во время болевого эпизода.

Во время эпизодов головной боли люди не производят впечатления страдающих от сильных мучений, мимика, соответствующая болезненным ощущениям, у них не выражена. Если во время эпизода головной боли отвлечь человека интересной для него темой, то его переживания на счет неприятных ощущений отойдут на второй план, «забудутся». А вот при следующем типе головной боли такое больному вряд ли удастся.

Реакция на физическую нагрузку

Существует взаимосвязь головной боли напряжения и физических нагрузок:

Нагрузки	Количество случаев головной боли напряжения (%)	
	мужчины	женщины
Малоподвижный образ жизни	33	33
Умеренные физические нагрузки	14	28
Активный образ жизни	14	28
Чрезмерные физические нагрузки	23	40

Эта статистика подтверждает тот факт, что у людей, имеющих умеренные или активные физические нагрузки, риск появления головных болей напряжения существенно меньше⁷.

При дозированных умеренных или активных нагрузках у человека происходит умеренная болевая нагрузка (от тренировки мышц), благодаря чему совершенствуются его антиболевые механизмы. Когда же у человека чрезмерные нагрузки, его организм не справляется с количеством сигналов от получаемых микротравм, что увеличивает вероятность возникновения боли.

Умеренные физические нагрузки – например, прогулка в парке, плавание – уменьшают интенсивность головной боли напряжения.

⁷ Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. Pain 1993; 53(1): 65–72.

Дополнительные характеристики

При хронической головной боли напряжения в подавляющем большинстве случаев люди также жалуются на болезненные ощущения в других частях тела: в сердце, в коленях, в животе, в мышцах, в пояснице. При этом, как правило, физиологических поражений данных органов при исследованиях не выявляется, то есть боли в них имеют скорее психогенный характер.

Мигрень

Мигрень – это один из самых противоречивых типов головной боли.

От мигрени, по статистике, страдает до 15 % всех людей, страдающих от первичной головной боли. Женщины страдают от данного заболевания в два-три раза чаще мужчин (распространенность мигрени у женщин от 11 до 25 %, у мужчин – от 4 до 10 %). В большинстве случаев мигрень дебютирует в пубертате, но иногда – в возрасте 18–20 и 28–33 лет.

По мнению большинства специалистов, по распространенности мигрень стоит на втором месте среди всех головных болей после головной боли напряжения.

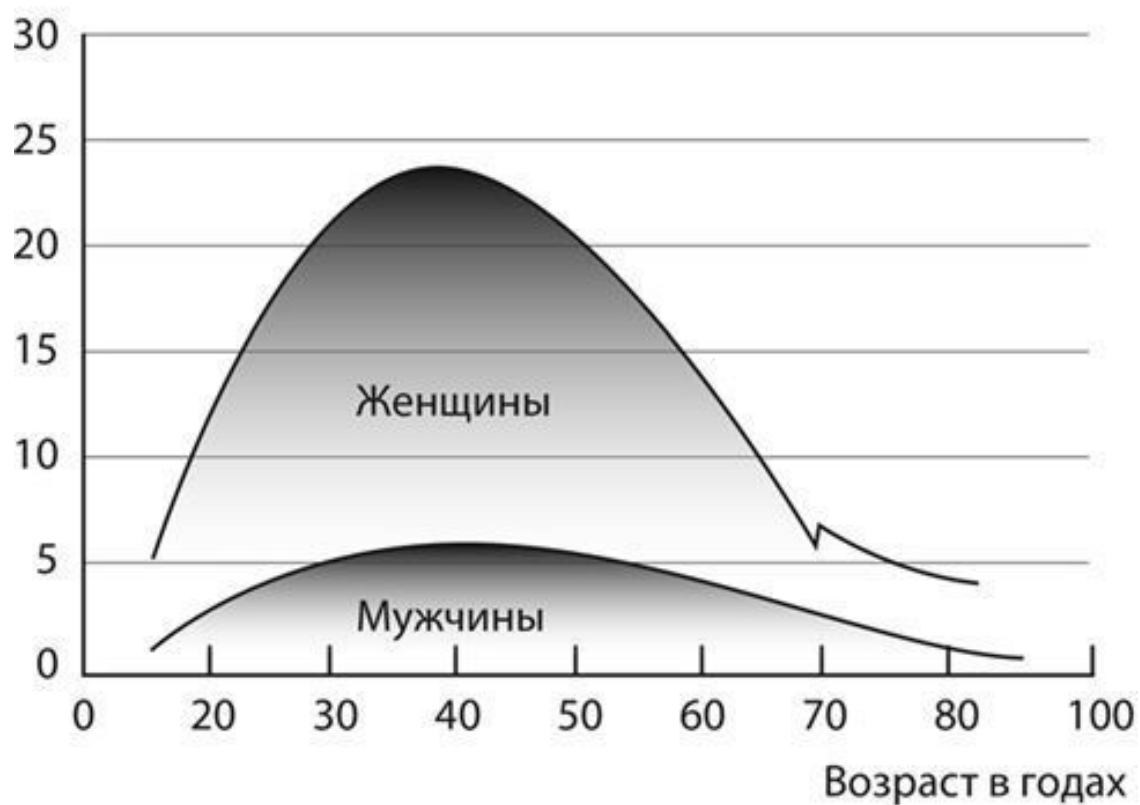
Причины

В подавляющем большинстве случаев мигрень имеет наследственный характер. Считается, что если данный вид головной боли имела мать, то риск развития в последующем мигрени у ребенка – до 75 %, если же отец – около 30 %. При наличии мигрени у обоих родителей вероятность появления этой головной боли у ребенка возрастает до 60–90 %⁸. Механизм наследования пока до конца не изучен, но установлено, что одной из передающихся патологий является недостаточность обмена серотонина и специфическая реакция сосудов на некоторые раздражители.

Мигрень имеет зависимость от гормонального фона: у больных повышается частота приступов при повышении уровня женских половых гормонов либо аномально усилена чувствительность рецепторов к данным гормонам (то есть при нормальном гормональном фоне рецепторы реагируют на него неадекватно).

⁸ Markus Schürks corresponding. Genetics of migraine in the age of genome-wide association studies. Headache Pain. 2012 Jan; 13(1): 1–9.

Заболеваемость мигренью

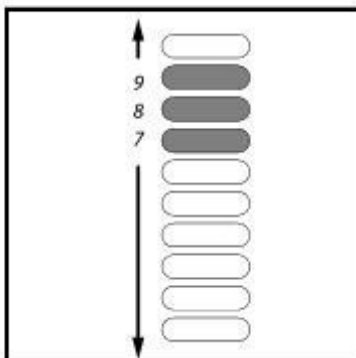


При достижении больным репродуктивного возраста частота приступов увеличивается, к 35–45 годам частота и интенсивность приступов мигрени набирают максимальную силу, а при наступлении менопаузы – значительно снижаются.

Мигрень



Боль односторонняя.
Захватывает лоб, висок
и глазницу



Интенсивность: 7–9 баллов



Пульсирующая, тяжело
переносимая



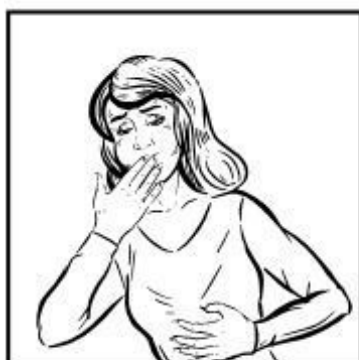
Полная потеря трудоспособности
во время приступа



Усиливается
при физической нагрузке



Аура в начале приступа



Сопровождается тошнотой
и рвотой



Светобоязнь



Повышенная чувствительность
к запахам

Природа развития мигрени заключается в нестабильности сосудистого тонуса, которая приводит сначала к сужению сосудов, а затем к внезапному локальному и чрезмерному расслаблению и растяжению стенок сосудов, вследствие чего развивается ишемия мозга (кислородное голодание и недостаточное поступление питательных веществ), активизируются болевые рецепторы в сосудистой стенке.

Во время фазы сужения сосудов кровоснабжение головного мозга в области, которую затронул приступ, снижается на 20–60 %.

Предрасполагающим фактором к нарушению регуляции сосудистого тонуса является повышенная активность тройничного нерва, который в числе прочего иннервирует твердую мозговую оболочку и стенки кровеносных сосудов в головном мозге. Если эта повышенная возбудимость тройничного нерва сочетается со слабостью сосудистой стенки, то чаще всего и возникает мигрень.

Циклически развитие мигренозного приступа можно описать так:

- Развиваются глубокие внутримозговые процессы.
- Электрические импульсы от очага раздражения распространяются на другие области мозга, затрагивая кровеносные сосуды и твердую мозговую оболочку. В нервных клетках возникают изменения, которые приводят к развитию у больного парестезий – ощущений онемения, покалывания, головокружения.
- Развивается спазм (сужение) ветви сонной артерии, который приводит к нарушению кровоснабжения головного мозга в области очага раздражения. На фоне этого спазма развиваются проявления ауры. То есть ишемия участка головного мозга вызывает аномальную активность нейронов и, в зависимости от локализации данного участка, появляются те или иные проявления ауры: при локализации в затылочной части – визуальные, в височной – слуховые феномены и т. п.
- В ответ на сужение сосудов и ишемию начинают выделяться сосудорасширяющие факторы (в частности простагландины) и развивается вторая волна процесса – резкое расширение сосудов. Стенки сосудов не могут удержать давление, сдавливают твердую мозговую оболочку, повреждая ее ткани, и вызывают активацию чувствительных рецепторов тройничного нерва, что и приводит к характерной локализации боли по пути пролегания данного нерва: висок, лоб, скула.

Провоцирующие факторы

Даже вне приступов у больных имеется повышенная чувствительность к звукам и свету. Также люди, страдающие от мигрени, остро реагируют на физические ощущения. Часто это бывает непереносимость одежды: неприятен какой-либо материал одежды, возникает ощущение, что он вызывает раздражение, зуд, натирает. Или, например, повышенная чувствительность к сквознякам. Повышена реакция и на запахи – больные ощущают их намного острее. Там, где для обычного человека будет чувствоваться лишь слабо уловимый запах, для больного мигренью будет «невыносимо вонять».

Провокаторами приступа могут быть некоторые продукты питания, физические нагрузки, прием алкоголя, физическое и нервное перенапряжение.

Локализация и характер боли

В подавляющем большинстве случаев при мигрени развивается односторонняя боль, но со временем она может переходить с одной половины головы на другую. Правосторонняя боль встречается несколько чаще левосторонней. Боль захватывает лоб, висок и глазницу. Для мигрени характерно появление тошноты и рвоты, светобоязнь, повышенная чувствительность к звукам и запахам.

Основной особенностью мигрени является пульсирующая боль, что говорит о сосудистом характере боли.

Частота

Частота приступов мигрени у разных больных варьируется:

- 40 % больных испытывают приступы 2–4 раза в месяц;

- 32 % страдают от мигренозных приступов 1 раз в месяц (часто это менструально-ассоциированные приступы, наступающие за 1–3 дня до менструации);
- 17 % – не более 1 раза в месяц (иногда 1 раз в месяц, 1 раз в несколько месяцев);
- 10 % – более 1 раза в неделю.

В среднем продолжительность мигренозного приступа занимает одни сутки.

Влияние на трудоспособность

Мигрень – крайне тяжелое состояние. Всемирная организация здравоохранения внесла ее в список 19 заболеваний, которые сильнее всего способствуют потере трудоспособности и нарушают социальную адаптацию, поскольку боль во время приступа такая, что человек ни о чем, кроме самой боли, думать не может. Интеллектуальная работа невозможна, а любая физическая еще больше ухудшает самочувствие. Во время пика приступа больной может только лежать. Часто после приступа еще сутки остается состояние разбитости, недомогания.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.