

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Головные боли напряжения

Одним из наиболее частых поводов обращения больных к неврологу являются головные боли. Головные боли напряжения (ГБН) являются наиболее распространенной формой цефалгий. Среди всех форм головной боли они встречаются в 80% случаев.

Существуют диагностические критерии ГБН, выделенные Международной ассоциацией по головной боли:

- Длительность эпизода головной боли - не менее 30 минут (обычно от 30 минут до 7 дней). При хронической ГБН возможны и ежедневные, практически непрекращающиеся, головные боли;
- Характер головной боли не пульсирующий, а сжимающий, стягивающий, сдавливающий;
- Локализация головной боли всегда двусторонняя, но одна сторона может болеть сильнее.
- Локализация головной боли нашла образное отражение в описаниях пациентов: «голова как- будто зажата в тисках», «сдавлена обручем, каской, шлемом»;
- головная боль не усиливается от привычной повседневной физической нагрузки, однако негативно влияет на профессиональную деятельность пациентов;
- при усилении головной боли могут появляться и сопровождающие симптомы, такие как плохая переносимость звука и света, анорексия (отвращение к еде) или тошнота. Существенно, что сопровождающие симптомы не представлены все вместе, как при мигрени, а встречаются изолированно, наблюдаются редко и клинически неярко выражены.

Головная боль сопровождается не только повышением мышечного напряжения в области боли, но и сужением, в среднем на 50%, артерий, питающих эти мышцы. В результате длительного напряжения мышц формируется тканевая ишемия, которая и раздражает нервные окончания, вызывая боль. Есть предположение, что основной причиной боли является раздражение хеморецепторов калием, накапливающимся в мышцах при их напряжении. Повышенная концентрация внимания и предэкзаменационная тревога у студентов провоцирует напряжение мышц головы, сужение внемозговых артерий и появление боли. Поскольку мышцы не расслабляются, неприятные ощущения усиливаются. Нарушение кровотока сопровождается венозным застоем, и возникает порочный круг. Мышца недостаточно снабжается кровью, а вследствие усиления напряжения, в ней накапливаются продукты метаболизма, которые не могут быть в соответствующей степени выведены через венозную сеть. При этом мышца становится отечной и болезненной.

По мнению А . М . Вейна, в основе ГБН лежит хронический эмоциональный стресс. Он формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у лиц с определенными особенностями личности и недостаточностью механизмов психологической защиты. Указанные нарушения приводят к возникновению вегетативно-эндокринной и психомоторной активации, что проявляется повышением мышечного тонуса, ишемией, отеком и биохимическими нарушениями в мышечной ткани.

Многие больные с ГБН жалуются на ощущение стянутости в горле, сдавления в груди, дискомфорт в области сердца, а также на затруднения дыхания, плохой аппетит, учащенное мочеиспускание. Эти пациенты плохо переносят любой шум - он их раздражает.

В ранней стадии своего развития ГБН может появляться в любое время дня, чаще во второй половине, и постепенно проходить. С годами боль становится постоянной, с ней больные просыпаются и засыпают. Вначале можно обнаружить однозначную связь с конфликтными и стрессовыми ситуациями, но с развитием болезни эта связь утрачивается и боль становится самостоятельным симптомом.

Пациенты с ГБН характеризуются повышенной утомляемостью. Следует учитывать, что у большинства пациентов с неврастенией отмечаются цефалгии, идентичные ГБН.

В неврологическом статусе очаговые симптомы (симптомы, обусловленные очаговым поражением головного мозга) у пациентов с ГБН обычно не выявляются. Регистрируются лишь признаки повышенной рефлекторной возбудимости.

Пациенты с хронической ГБН отличаются пассивной стратегией преодоления боли, что приводит к частому употреблению анальгетических средств.

Трансформация эпизодической формы в хроническую сопровождается утратой зависимости от ранее значимых провоцирующих факторов, увеличением числа сопутствующих симптомов и нарастанием резистентности (устойчивости) к лечебным воздействиям, что подчеркивает значимость активной терапии эпизодической ГБН.

Мигрень

Вторым по частоте видом головной боли после ГБН является мигрень. Мигрень характеризуется периодически нарастающими приступами интенсивной ГБ пульсирующего характера длительностью от 4 до 72 часов. Боли локализуются в одной половине головы, преимущественно в глазнично-лобно-височной области, усиливаются при обычной физической нагрузке, сопровождаются тошнотой, иногда рвотой, непереносимостью яркого света, громких звуков. После приступа отмечаются сонливость и вялость.

Мигренью страдает от 3 до 38% населения. Чаще болеют женщины (3:2), преимущественно молодого возраста (18-35 лет).

Наиболее распространенными теориями развития мигрени в настоящее время являются сосудистая и тригеминоваскулярная.

Согласно сосудистой теории, в начале приступа отмечаются выраженное сужение внутримозговых сосудов, вызывающее локальную ишемию головного мозга и ауру. Вслед за этим происходит расширение внутримозговых и внемозговых сосудов, что и вызывает головную боль. При приступе кровь стремится пройти из артерии непосредственно в вену через артериовенозный шунт, минуя внутричерепные капилляры.

Тригеминоваскулярная теория придает важное значение тройничному нерву, который передает болевые импульсы от твердой мозговой оболочки, при этом все артерии иннервируются соответственно только с одной стороны, что, вероятно, может служить объяснением односторонней локализации болей. Увеличивается проницаемость стенок сосудов и усиливается ток крови. Высвобождаются и другие медиаторы воспаления и вазоактивные полипептиды, что приводит к асептическому нейрогенному воспалению, с последующим отеком стенки сосуда.

У больных мигренью выявлено значительное снижение влияния противоболевых факторов и наличие низкого болевого порога.

Пациенты с мигренью характеризуются высокой самооценкой, высоким уровнем притязаний, педантичностью, гневливостью, агрессивностью. С другой стороны, для них характерны низкая стрессоустойчивость, повышенные уровни раздражительности, тревожности, депрессии. Значимость головы в схеме тела весьма высока, и приступы боли возникают в тот момент, когда появляется ощущение угрозы определенному уровню притязаний. Боль в этом случае - наиболее приемлемый способ социальной защиты.

Существует ряд причин, которые могут спровоцировать мигренозный приступ. К ним относятся:

- стресс;
- некоторые продукты (красное вино, пиво, сыр, кофе, шоколад, цитрусовые, орехи и др.);
- перемена погоды;
- менструация;
- недосыпание или избыточный сон;
- голод;
- шум;
- неприятные запахи;
- яркий свет.

Кроме этого, приступы мигрени могут провоцироваться острыми и хроническими психогенными стрессорами. Во многих случаях приступ возникает не сразу после стрессовой ситуации, а через некоторый спокойный промежуток времени.

В клинической картине заболевания можно выделить несколько фаз:

1. Первая фаза характеризуется колебаниями настроения, повышенным аппетитом, выраженной зевотой, усилением или притуплением восприятия и т.д. Длительность фазы - до 24 часов.
2. Если мигренозная цефалгия протекает с аурой, то она, как правило, следует за первой фазой. Аура - это комплекс фокальных неврологических симптомов.
3. Далее следует период непосредственно головной боли. Он характеризуется наличием ГБ с клиническими признаками, указанными в определении мигрени. Во время этой фазы пациент стремится уединиться в темной тихой комнате с холодной мокрой повязкой на голове и пытается уснуть, что может принести облегчение.
4. Заканчивается мигренозная атака постдромальным периодом, во время которого пациенты часто отмечают упадок сил, боль в мышцах, психическую астенизацию.

В межприступном периоде у большинства больных с мигренью отмечаются признаки ВСД: яркий красный дермографизм, тахикардия, колебания АД в сторону его повышения или понижения либо стойкая артериальная гипотензия, «мраморность» кожных покровов,

повышенная чувствительность пальцев к холоду. Также мигрень сочетается с кардиалгиями, гипервентиляционным синдромом, пролапсом митрального клапана. В. С. Лобзин выделил синдром «трех близнецов», включающий мигрень, артериальную гипотонию и дискинезию желчевыводящих путей.

Лечение головной боли

В межприступном периоде лечение направлено на коррекцию, имеющихся у таких пациентов вегето- сосудистых нарушений.

1. Для обеспечения полноценной деятельности мозга рекомендован прием витаминно-минеральных комплексов («Ритмы здоровья», «Лимфосан Базовый», «Элемвیتال с органическим кальцием» и т.д.). Целесообразно использование «Элемвیتال с органическим магнием».
2. Обеспечение адекватного кровоснабжения и питания мозга за счет использования средств с нейропротективными свойствами («Синхровیتال II», «Тримегавیتال. Сибирский лён и Омега-3», «БАД Тримегавیتال. Бораго и амарант».
3. Для нормализации функций и структуры нервной системы рекомендуется использование энергоструктурирующих комплексов («Эпам 1000», «Золотой бальзам» из серии «Сибирский прополис»).
4. Для повышения адаптогенной активности - «Адаптовит», «Панторал»; для повышения общего тонуса - чай «Саган Дайля», «Волшебный сон».
5. Для нормализации нервных процессов в мозговой ткани, защиты мозга - антиоксиданты «Новомин», «Хронолонг», «Тримегавیتال. Бораго и амарант», «Тримегавیتال. Сибирский лён и Омега-3».
6. Для повышения устойчивости к стрессу, для нормализации психоэмоционального состояния - «Лимфосан седативный», «Истоки чистоты» - третья формула, чай «Волшебный сон», «Ритмы здоровья» - вечерний комплекс.

Вспомогательные мероприятия во время приступа (дополнительно к медикаментозному лечению)

- Бальзам «Лес» - обладает обезболивающим, отвлекающим и противоотечным действием, нормализует капиллярное кровоснабжение, оказывает расслабляющее и успокаивающее действие, восстанавливает работоспособность. Рационально использование бальзама в начале приступа головной боли.

Применение БАДов во время приступов мигрени используется в зависимости от фазы процесса:

- В начале приступа (фаза спазма) применяются средства со спазмолитическим действием. Успокаивают кровоток «Золотой бальзам» из серии «Сибирский прополис», чай «Волшебный сон».
- Во второй фазе (фаза резкого расслабления сосудов и венозного застоя) применяются тонизирующие, улучшающие венозный отток средства: «Панторал», «Адаптовит» и т.д. Использование антиоксидантов во время приступа оправдано в двойной дозировке, также, как и энергоструктурирующих комплексов.