

Наталья Курбатова
Мигрень. Новые решения для отчаявшихся



МУДРЫЕ СОВЕТЫ

МИГРЕНЬ



*новые решения
для отчаявшихся*

Введение

Головная боль... Вряд ли на Земле есть хоть один человек, который не знал бы, что такое головная боль. Это неприятное, тягостное, мучительное, порой даже нестерпимое ощущение невозможно забыть, испытав хотя бы один-единственный раз! Исследования показывают, что в разных странах от 50 до 90 % населения страдают головной болью. Из них около 15–20 % приходится именно на различные виды мигрени.

Вероятно, сколько лет существует человек, столько лет существует и головная боль. Боль, в том числе и головная, известна человечеству давно. И очень давно известны различные методы ее лечения. В древних надписях на камнях, сделанных более 5000 лет тому назад, уже встречаются слова «страдающий головной болью». Первые упоминания о мигрени мы можем найти в клинописных таблицах древнешумерского эпоса, написанных в 3000 г. до н. э.

Антропологи обнаружили скелеты доисторических людей с высверленными отверстиями в черепе, что представляло собой, по-видимому, метод облегчения головной боли. Этот способ лечения современным людям показался бы варварским, если бы его небольшая модификация не использовалась в нейрохирургической практике. Для снижения высокого внутричерепного давления и сейчас иногда высверливают маленькие отверстия в черепе, через которые выводится избыточное количество жидкости.

Лечение головных болей в Китае проводилось более 2500 лет назад. В книге «Цжичжуан» (581 г. до н. э.) китайские врачи рекомендуют лечить головную боль

методом чжень-цзю-терапии (иглоукалывания и прижигания).

Согласно сообщению древнегреческого историка Геродота в Древнем Египте жрецы, занимавшиеся врачеванием, специализировались на лечении разных болезней, и среди них встречались такие, которые лечили лишь головную боль.

Описания больных, страдающих головной болью, встречаются в трудах Гиппократов, жившего почти 2400 лет назад. Древнегреческий ученый Сократ (около 470–399 гг. до н. э.) и его ученик Платон (428–348 гг. до н. э.) знали о зависимости между напряжением или волнением и возникновением головной боли. Соран Эфесский (98–138), древнегреческий врачеватель, практиковавший в Риме, грек по национальности, дал удивительно информативное описание как хронической головной боли, так и мигрени. Древнеримский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (129–201) ввел для обозначения боли в одной половине головы термин «гемикрания», который в последующем в несколько искаженном виде дал название мигрени. К средствам лечения этого заболевания он причислял диету, гимнастику, ванны, растирания и «крово-извлечения» (т. е. кровопускания).

В развитие учения о головной боли определенный вклад внесли ученые арабоязычной медицины: аль Фараби (870–950), Абу Рейхан Бируни (973–1048) и особенно Абу Али Хусейн ибн Сина (Авиценна) (980–1031). В своей знаменитой книге, известной как «Канон врачебной науки», Авиценна описал несколько видов головной боли, в том числе и мигрень. Многие способы и методы лечения головной боли, которые приводятся в «Каноне врачебной науки», не утратили значения и в настоящее время.

Каждый человек из своего жизненного опыта знает, что головная боль может возникать не только при различных заболеваниях, но и у внешне здоровых людей. Эти люди ведут обычный образ жизни, трудятся, создают выдающиеся произведения литературы, искусства, науки и техники. Так, из исторических источников известно, что головными болями страдали римский полководец Гай Юлий Цезарь, царь и полководец Александр Македонский, немецкий композитор, пианист и дирижер Людвиг ван Бетховен, английский естествоиспытатель Чарльз Роберт Дарвин, немецкий поэт и публицист, выдающийся мастер лирической поэзии Генрих Гейне, английский писатель Джозеф Редьярд Киплинг, английский писатель, математик и логик, автор сказки «Алиса в стране чудес» Льюис Кэрролл, французский писатель Ги де Мопассан, величайший русский композитор Петр Ильич Чайковский и др.

Многие знаменитости, такие как Альфред Нобель, Эдгар По, Чайковский, Фредерик Шопен, Зигмунд Фрейд, страдали мигренью и жили под постоянной угрозой мигреновых приступов.

Страдания человека при головной боли, особенно при мигрени, описаны во многих литературных произведениях. Достаточно вспомнить всем известного Понтия Пилата из романа М. Булгакова «Мастер и Маргарита». Талантливый автор очень подробно и детально описал приступ мигрени у мужчины и его предвестники (ауру).

Приведенные здесь краткие сведения из истории изучения головной боли свидетельствуют о том, что только по имеющимся в распоряжении историков зафиксированным фактам человечество страдает головной болью более 5000 лет и, несмотря на это, не может от нее избавиться.

Каждый год свыше 45 млн человек обращаются за медицинской помощью, чтобы избавиться от головных болей. Однако многие люди, страдающие хроническими формами головных болей, в том числе мигренями, к врачам не обращаются вообще, боясь того, что боли вызваны каким-либо опасным заболеванием мозга, например опухолью. К счастью, примерно 90 % всех случаев головных болей являются функциональными (т. е. не связаны с изменениями структуры тканей); около 8 % составляют сосудистые головные боли и лишь приблизительно 2 % случаев – результат непосредственного поражения нервной системы. Поэтому при первом появлении головной боли не следует ставить себе диагноз опухоли головного мозга, как это нередко бывает, но и не нужно оставаться безразличным к этому симптому. Во всех случаях длительной или повторно появляющейся головной

боли необходимо обратиться к врачу.

Другие пациенты вообще не доверяют врачам и считают, что сами способны разобраться в своем недуге. Эта задача во многом облегчается обилием информации, которая встречается на книжных прилавках. Однако сведения, сообщаемые в печатных изданиях, не способны создать полной и четкой картины каждого конкретного случая головной боли, поэтому столь велик в настоящее время процент страдающих.

Причины и механизмы развития головной боли и мигрени чрезвычайно многообразны, а отсюда существует множество методов ее устранения. И неправильно считают некоторые люди, что во всех случаях головной боли достаточно принять обезболивающее средство и головная боль уменьшится или пройдет. К сожалению, это мнение нередко подкрепляется нашими фармацевтическими учреждениями. Так, в большинстве аптек на прилавках содержится ряд препаратов под общим названием «средства от головной боли». Они рекомендуются их больным без учета причины и механизмов ее возникновения. Такое положение нельзя считать правильным. Несмотря на то что в ряде случаев применение препаратов обезболивающего действия и уменьшает или даже устраняет головную боль полностью, прием лекарств без выяснения причин и механизма развития боли может не только не принести пользы, но иногда и навредить больному.

В связи с тем что книга не рассчитана на специалистов, в ней излагаются лишь общие принципы лечения и профилактики головной боли. Она не должна рассматриваться как популярный справочник по лечению головных болей, тем более для самолечения. Ведь полное излечение от какого-либо заболевания возможно только при соединении усилий пациента и знающего врача.

Одной из основных задач книги является ознакомление широкого круга читателей с клиническими проявлениями и разнообразием причин возникновения мигреневых болей. Прочитав эту брошюру, читатель сможет уяснить себе, что головная боль не такой уж безобидный симптом и что ее устранение в каждом отдельном случае требует особого подхода, специальных методов обследования и лечения, основанных на изучении механизмов развития головной боли.

Понятие о болевой чувствительности и головной боли вообще

Боль – одно из самых распространенных ощущений. Многие знают, что характер, степень выраженности, продолжительность, локализация и другие особенности боли могут быть очень разными. Не существует двух людей, которые одинаково воспринимали и описывали бы болевые ощущения. Боль всегда неприятна, и организм стремится избавиться от нее. Вместе с тем оказывается, что боль организму полезна, так как сигнализирует о возникших в нем неполадках. Древние греки говорили, что боль – «сторожевой пес здоровья». Но боль не только извещает человека о неблагополучии. Она заставляет организм принимать ряд мер к устранению причин, вызывающих ее. Это происходит рефлекторным путем, который представляет собой ответную реакцию организма на действие различных раздражителей.

Таким образом, боль представляет собой не только сигнальное, но и защитное приспособление. Люди, у которых отсутствует чувство боли в силу врожденного дефекта или заболевания нервной системы, не способны вовремя избежать воздействия повреждающего фактора и могут оказаться жертвой случайности.

Однако как ни трудно человеку, лишенному чувства боли, еще труднее ему, когда боль продолжается длительно. Выполнив свою защитную функцию, боль становится злейшим врагом организма. Под воздействием боли снижается двигательная активность, нарушаются сон, аппетит и вообще вся обычная жизнь.

Чувство боли человек ощущает благодаря деятельности нервной системы, которая

активизирует головной мозг и спинной мозг (составляющие центральную нервную систему), нервные стволы и их концевые рецепторы, нервные ганглии и другие образования, объединяемые под названием периферической нервной системы.

В головном мозге выделяют большие полушария и ствол мозга. Полушария представлены белым веществом (нервными проводниками) и серым веществом (нервными клетками). Серое вещество головного мозга расположено в основном на поверхности полушарий, образуя кору. Оно находится также в глубине полушарий в виде отдельных клеточных скоплений – подкорковых узлов. Среди последних в формировании болевых ощущений большое значение имеют зрительные бугры, так как в них сконцентрированы клетки всех видов чувствительности организма. В стволе мозга скопления клеток серого вещества образуют ядра черепных нервов, от которых начинаются нервы, обеспечивающие различные виды чувствительности и двигательную реакцию органов.

В процессе длительного приспособления живых существ к условиям окружающей среды в организме сформировались особые чувствительные нервные окончания, которые превращают энергию разных видов, поступающую от внешних и внутренних раздражителей, в нервные импульсы. Они получили название рецепторов. Рецепторы имеются практически во всех тканях и органах. Строение и функции рецепторов различны. Самое простое строение имеют болевые рецепторы. Болевые ощущения воспринимаются свободными окончаниями чувствительных нервных волокон. Болевые рецепторы располагаются в различных тканях и органах неравномерно. Больше всего их в кончиках пальцев, на лице, слизистых оболочках. Богато снабжены болевыми рецепторами стенки сосудов, сухожилия, мозговые оболочки, надкостница (поверхностная оболочка кости). Так как оболочки мозга снабжены болевыми рецепторами в достаточной степени, их сдавливание или растяжение вызывает болевые ощущения значительной силы. Мало болевых рецепторов в подкожной жировой клетчатке. Не имеет болевых рецепторов вещество мозга.

Чувствительность к боли зависит не только от количества болевых рецепторов, но и от возраста и пола. Известно, что дети чувствительнее взрослых, а женщины, как правило, выносливее, терпеливее по сравнению с мужчинами. Имеется зависимость от состояния психики. Все, что способствует отвлечению внимания от болевого раздражения, уменьшает ощущение боли. Этим объясняется ослабление или прекращение болевых ощущений в период сильных эмоциональных потрясений, при экстазе, гневе, страхе. И наоборот, при состояниях депрессии, физического утомления, нервного истощения ощущение боли возрастает. Ожидание и опасение усиливают болевые ощущения, то же происходит при отсутствии отвлекающих моментов. Этим же можно объяснить усиление всех видов боли в ночное время.

Болевые импульсы, принятые рецепторами, направляются затем сложными путями по специальным чувствительным волокнам в различные отделы головного мозга и в конечном счете достигают клеток коры полушарий мозга.

Центры болевой чувствительности головы расположены в различных отделах центральной нервной системы. Деятельность же коры головного мозга во многом зависит от особого образования нервной системы – сетчатой формации ствола мозга, которая может как активировать, так и тормозить деятельность коры больших полушарий.

Рассмотрим отдельно иннервацию внечерепных и внутричерепных образований головы.

Самое поверхностное внечерепное образование головы – кожа. Под ней располагаются подкожная жировая клетчатка, затем мышцы, сухожилия, надкостница и кости черепа. К внечерепным образованиям относятся также полость рта, язык, глотка и гортань. Во всех структурах имеются рецепторы, воспринимающие различные раздражения: болевые, температурные, тактильные и т. п.

Лицо и передняя часть головы иннервируются тройничным нервом, а затылочная область – затылочными нервами.

Полость рта иннервируется в основном чувствительными ветвями тройничного нерва, тесно связанными с вегетативными узлами и расположенными в области головы. Этими связями объясняется появление при головных и лицевых болях вегетативных нарушений в виде покраснения или побледнения, усиления пото- и слюноотделения, расширения зрачков и т. п.

Все нервные ветви связаны между собой, поэтому боль при различных состояниях может распространяться на разные отделы головы и лица.

Чувствительные рецепторы имеются в стенках кровеносных сосудов, артерий и вен, в частности внечерепного отдела головы.

Основными внутричерепными образованиями головы являются оболочки мозга, вещество мозга, сосуды. Мозг покрывают три оболочки. Самая наружная – твердая мозговая оболочка. Под ней находится так называемая паутинная, или арахноидальная, оболочка (от греч. арахне – «паук»). Непосредственно к мозгу прилежит сосудистая мозговая оболочка. Почти на всем протяжении паутинная и сосудистая оболочки представляют собой единое образование и называются мягкой мозговой оболочкой.

Твердая мозговая оболочка плотно сращена с внутренней поверхностью костей черепа, для которых она служит надкостницей. В толще твердой мозговой оболочки находятся артерии, вены, нервные волокна и их окончания (в основном от тройничного нерва, других нервов и вегетативных сплетений сосудов). Паутинная оболочка сосудов не имеет.

Между паутинной и сосудистой мозговыми оболочками имеется щелевидное, так называемое подпаутинное (субарахноидальное) пространство. Оно заполнено особой жидкостью, которая вырабатывается сосудистыми сплетениями. Эта жидкость называется ликвор (от лат. «ликвор», т. е. «жидкость, влага»), или спинномозговая жидкость. Отток спинно-мозговой жидкости осуществляется в венозную систему посредством системы особых образований.

В сосудистой оболочке головного мозга много сосудов. В их стенках расположены разнообразно и сложнопостроенные чувствительные рецепторы. Их волокна объединяются между собой, образуя ряд нервных сплетений сосудистой оболочки мозга. Особенно много волокон на основании мозга.

Как видно из всего изложенного выше, разные структуры головы имеют неодинаковое число рецепторов, чувствительных к боли, чем и объясняется неодинаковая чувствительность к боли разных тканей головы. Очень быстро реагирует на механические, температурные (тепловые и холодовые), химические, электрические и другого вида раздражения кожа головы. Различной оказывается болевая чувствительность надкостницы черепа: наиболее чувствительна к болевым раздражениям область надбровных дуг и нижней части височной кости.

Большей чувствительностью к боли отличаются артерии черепа, мозговые артерии чувствительны к боли лишь в области основания мозга (мозжечковые артерии) и в задней черепной ямке.

Из оболочек наиболее чувствительна сосудистая, затем твердая мозговая оболочка. Однако и здесь области чувствительности неодинаковы. Сильнее всего на болевые раздражения реагируют участки оболочек в области основания черепа, преимущественно в передней мозговой ямке, а также в местах прохождения венозных синусов и мозговых вен.

Основные механизмы развития головной боли

Принято считать, что в понятие «головная боль» включаются болевые ощущения, локализующиеся внутри черепа или же одновременно внутри черепа и на разных участках головы.

Головная боль представляет собой в основном симптом какого-либо физического

страдания, но не болезнь. Поэтому принято различать головную боль при органических и функциональных заболеваниях. Органическими считаются такие заболевания, при которых возникают структурные изменения в тканях организма (например, опухоли головного мозга, ушибы мозгового вещества, кровоизлияния). При функциональных заболеваниях видимых изменений в строении тканей организма не выявляется, а происходит лишь нарушение взаимодействия отдельных систем организма. К таким состояниям можно отнести неврозы (истерия, неврастения и т. п.).

Если болевые импульсы не воспринимаются клетками коры головного мозга, то ощущение головной боли отсутствует. В этом легко убедиться, наблюдая состояния организма, при которых происходит торможение активности нервных клеток коры головного мозга.

Головная боль не ощущается во время крепкого сна, наркоза, в периоды сильного эмоционального возбуждения, гипнотического внушения и т. п. Это обусловлено тем, что болевые импульсы в такие моменты не воспринимаются корой, поэтому человек не чувствует головной боли. Следовательно, в механизме развития головной боли имеют значение раздражение болевых рецепторов различных структурных образований головы и передача этих импульсов в особые отделы мозга, в том числе в клетки коры, где и формируется ощущение головной боли.

На болевые рецепторы могут оказывать воздействие самые разнообразные виды энергии: механической, термической, электрической, лучистой, химической и т. п.

Многим знакома головная боль, развивающаяся при воздействии на ткани головы механических, термических и других факторов. В этих случаях импульсы, возникающие в болевых рецепторах кожи, сосудах тканей и других структурах, по соответствующим волокнам направляются в отделы мозга, где и формируется ощущение головной боли.

В развитии мигрени и головной боли функционального происхождения огромное значение имеют неврогенные и психогенные факторы, которые способствуют изменению нормального физиологического течения нервных процессов в головном мозге.

Всем прекрасно известно, как легко возникают головная боль и приступы мигрени под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций, психических травм или же внушения и т. п.

Неврогенные и психогенные факторы, служащие причиной возникновения мигрени и головной боли, опосредуются через многие органы и системы организма. Это можно продемонстрировать при следующем простом эксперименте.

Представьте себе, что вам предлагают лимон. Чтобы оттенить высокие качества лимона, предлагающий описывает его запах, вкус, зрелость. Чтобы показать зрелость лимона, его разрезают пополам столовым ножом, но недостаточно острым, поэтому лимон сдавливается и с места разреза начинает капать лимонный сок. Наконец, лимон разрезан пополам. Видны мякоть лимона, перерезанные зернышки, блестящие, покрытые лимонным соком поверхности разрезанных половинок лимона, стекающие капли лимонного сока, нож, обильно смоченный соком. Чтобы еще убедительнее продемонстрировать зрелость лимона, отрезают его дольку, и вновь начинает капать лимонный сок; он капает с поверхности среза и с ножа. Можно с уверенностью сказать, что при чтении этих строк у вас появилось ощущение кислоты во рту и увеличилось слюноотделение, т. е. те явления, которые возникают у человека при попадании лимонного сока в полость рта.

Почему это произошло? У читателя в мозге сформировался образ лимона, и нервная система послала нервные импульсы соответствующим железам организма. На этом примере можно наблюдать влияние нервной системы на работу внутренних органов, в частности на функцию слюнных желез полости рта.

Следовательно, психогенный фактор путем влияния на нервную систему может изменять состояние и функции разных органов и систем организма. Изменяются тонус сосудов, ритм сердечной деятельности и дыхания, работа желудочно-кишечного тракта и т. п. Вследствие этого могут повышаться колебательная подвижность стенки сосудов,

изменяться мозговое кровообращение, нарушаться обменные процессы и др. Повышается внутричерепное давление, что приводит к натяжению структур мозга, чувствительных к боли, раздражению болевых рецепторов, которые заложены в стенках сосудов, питающих головной мозг.

Основное значение при неврогенной и психогенной головной боли, к которой можно отнести и мигрень, имеет повышение колебательной подвижности стенки сосудов. Возникает закономерный вопрос: как могут раздражаться болевые рецепторы при повышении колебательной подвижности сосудистых стенок вследствие падения сосудистого тонуса? Болевые рецепторы, заложенные в стенках сосудов, не возбуждаются, если колебание их вследствие пульсации не превышает нормальных величин. В случае нарушения сосудистого тонуса колебательная подвижность сосудистых стенок может нарастать, превышая допустимые, и вследствие этого возбуждаются болевые рецепторы в стенках сосудов. Импульсы от них направляются к коре мозга, в результате чего и возникает ощущение головной боли.

Для лучшего понимания механизма возбуждения болевых рецепторов можно провести аналогию с процессом, протекающим в тканях суставов. До тех пор пока объем движений в суставе не превышает нормальных величин, никаких болевых ощущений обычно не бывает. Как только он их превышает, в большинстве случаев происходит возбуждение чувствительных болевых рецепторов, и появляется ощущение боли.

Примерно так же происходит возбуждение болевых рецепторов в стенках сосудов.

Следует отметить и немалое значение состояния возбудимости центральных аппаратов нервной системы. При повышении возбудимости импульсы от рецепторов, обычно не приводящие к возникновению болевых ощущений, могут вызывать головную боль даже в тех случаях, когда сосудистый тонус и колебательная подвижность сосудистых стенок повышаются незначительно. Это может возникнуть при функциональных нарушениях в регуляции деятельности головного мозга (при развитии неврозов, неврастений или психастений).

Практика показывает, что неврогенные и психогенные механизмы в развитии мигрени проявляются далеко не у всех людей. В каких же случаях они действуют?

Обычно неврогенные и психогенные головные боли возникают вследствие изменения функционального состояния центральной нервной системы, в первую очередь коры полушарий головного мозга.

При ряде состояний организма, обусловленных болезненным процессом или воздействием факторов окружающей среды, изменяется возбудимость центральных нервных образований мозга или, как говорят физиологи, изменяется порог возбудимости нервных клеток.

Повышение возбудимости клеток нервной системы может наблюдаться при:

- 1) переутомлении и психическом истощении нервной системы;
- 2) недостатке кислорода в организме (т. е. при гипоксиях);
- 3) интоксикациях (т. е. при отравлении организма токсическими веществами или при употреблении некоторых веществ в избыточных количествах);
- 4) нарушении деятельности некоторых систем организма (например, эндокринной системы в период климакса у женщин);
- 5) после перенесенных тяжелых общих заболеваний (после пневмоний, заболеваний почек и желудочно-кишечного тракта, при острых и хронических инфекционных заболеваниях); в период самой болезни и т. п.

При этих состояниях изменяется реактивность нервной системы, т. е. ее способность адекватно отвечать на нервную импульсацию от рецепторного аппарата. В результате этого импульсы, которые обычно не вызывают реактивных сдвигов, становятся для центральных аппаратов мозга пороговыми или сверхпороговыми и вызывают болевые ощущения.

При развитии мигрени пусковым моментом является раздражение болевых рецепторов,

заложенных в стенках сосудов, которые питают различные структурные образования головного мозга.

При раздражении болевых рецепторов в стенках сосудов боль появляется тогда, когда в организме нарушается регуляция сосудистого тонуса. В этих случаях при каждом сокращении сердца сосуды головы расширяются гораздо быстрее и сильнее, чем у здоровых людей, а затем также стремительно суживаются. В результате значительного повышения колебательной подвижности сосудистых стенок возбуждаются нервные окончания, заложенные в стенках сосудов. Импульсы, указывающие на неблагополучие в сосудистых стенках при их перерастяжении, поступают в центральную нервную систему и воспринимаются корой головного мозга как ощущение боли, чаще мучительного пульсирующего характера, т. е. возникает приступ мигрени. Следует отметить, что процесс не ограничивается изменением сосудистого тонуса. Нарушение иннервации сосудов проявляется и повышением проницаемости сосудистой стенки. В выраженных случаях в окружающие ткани начинают фильтроваться составные части крови и продукты тканевого обмена, содержащиеся в крови. В результате этого развивается отек тканей. Они набухают и сдавливают проходящие в них нервные волокна и нервные окончания. Возникает дополнительный источник раздражения болевых рецепторов. Но отек тканей приводит к нарушению в них обмена веществ, вследствие чего появляются вещества сложного состава и строения, повышающие чувствительность нервных окончаний к болевому раздражению.

Как только в центральную нервную систему начинают поступать сигналы о нарушении сосудистого тонуса, организм мобилизует определенные силы физиологической защиты, направленные на нормализацию своих функций. В крови появляются вещества, нормализующие тонус сосудов, укрепляющие их стенку, повышается активность особых веществ – ферментов, способных разрушать продукты нарушенного обмена. Чем раньше и активнее все это происходит, тем быстрее устраняется головная боль и мигренозный приступ исчезает.

Необходимо отметить, что во всех случаях развития головной боли она сопровождается рядом рефлекторных реакций, на первый взгляд никакой связи с головной болью не имеющих. Например, изменяется ритм сердечной деятельности и частоты дыхания, возникают напряжение отдельных мышечных групп, тошнота, рвота, не приносящая значительного облегчения, головокружение и т. д. Это связано с тем, что все органы и системы тесно взаимодействуют друг с другом, и в первую очередь с нервной системой. Поэтому при возникновении изменений в какой-либо системе организма появляются рефлекторные реакции со стороны других органов, которые опосредуются через деятельность центральной нервной системы.

Классификация головной боли

Современная классификация головной боли чрезвычайно сложна. Это во многом обусловлено тем, что медицинская наука даже на данном этапе не может назвать точных причин и механизмов развития некоторых видов головной боли.

Настоящая классификация была предложена в 1988 г. Международным обществом по изучению проблем головной боли. Она включает в себя 14 основных классов.

1. Головная боль мышечного напряжения является, по-видимому, самой распространенной. Возникает она при чрезмерном и постоянном напряжении мышц головы и шеи. Головная боль мышечного напряжения ощущается как распространенная тупая, но не как пульсирующая боль. Головные боли напряжения могут быть эпизодическими (имеется менее 15 приступов головной боли в месяц или менее 180 эпизодов в год) или хроническими, что встречается намного чаще.

2. Сосудистая головная боль возникает при острых (инсульты, кровоизлияния) или

хронических формах недостаточности мозгового кровотока (атеросклероз мозговых сосудов), при неправильном строении сосудистой стенки (например, при сформировавшейся аневризме), при пониженном или, наоборот, повышенном артериальном давлении.

Гипертонические головные боли обнаруживаются у людей с высоким кровяным давлением. Они обычно сильнее всего по утрам и затихают в течение дня. Боль носит сжимающий характер, иногда вызывает ощущение плотной повязки на голове.

3. Головная боль, связанная с несосудистыми внутричерепными заболеваниями: при повышении или понижении внутричерепного давления ликвора; боль при раздражении мозговых оболочек (например, при менингите); при опухолевом процессе вещества головного мозга. Симптомы включают прогрессивно усиливающуюся головную боль, которая часто сочетается с неукротимой рвотой, нарушениями речи и зрения, координации и равновесия, судорогами.

4. Кластерные головные боли слагаются из группы приступов, которые следуют друг за другом в разном количестве (от 5 до 50 приступов). Обычно подобному состоянию подвержены мужчины, особенно курящие. Так же как и мигреновые, кластерные боли локализованы (чаще в области глазницы) и носят односторонний характер. В отличие от мигрени, эти боли носят жгучий или пульсирующий характер, не сопровождаются предварительной аурой (т. е. отсутствует период предвестников).

5. Головная боль, связанная с наличием черепно-мозговой травмы. Она может возникать в остром периоде после недавно перенесенной черепно-мозговой травмы или же как ее последствие (при развитии хронической травматической болезни головного мозга). Травматическая головная боль может казаться похожей на мигрень, но она стойко держится ежедневно и плохо поддается консервативному лечению.

6. Абузусная головная боль связана с неправильным применением лекарственных веществ, их передозировкой или быстрой отменой. Большинство современных лекарств имеет в списке побочных эффектов возможность возникновения головной боли.

Это связано с тем, что они вторгаются в естественные системы организма и нарушают их нормальное функционирование на биохимическом уровне. Часто подобный вид болей возникает у людей, привыкших к употреблению кофеина, который способен суживать кровеносные сосуды головного мозга. Ее причиной является эффект бумеранга: кровеносные сосуды расширяются в ответ на нехватку кофеина. Это расширение и вызывает головную боль.

Абузусные головные боли возникают также у заядлых курильщиков, наркоманов, после употребления алкоголя. Имеют пульсирующий характер, часто сопровождаются чувством тошноты.

7. Головная боль при общих инфекционных заболеваниях организма (вирусные и бактериальные инфекции), не связанных с поражением оболочек головного мозга. Это является следствием развития общеинтоксикационного синдрома, который возникает в результате попадания в кровь токсических продуктов жизнедеятельности вредных микроорганизмов.

8. Головная боль при заболеваниях шеи (например, при шейном остеохондрозе), при патологии костей черепа, зубов, глаза, лор-органов (уха, ротовой и носовой полостей).

9. Головная боль при патологии ряда черепно-мозговых нервов: тройничного, языко-глоточного, промежуточного, блуждающего.

10. Головная боль при нарушении гомеостаза (т. е. равновесия внутренней среды организма): возникает при самых разнообразных состояниях, сопровождающихся изменением нормальных параметров биохимического состава крови, спинно-мозговой жидкости и других биологических сред. Сопровождает гипоксические состояния, нарушения кислотно-основного равновесия, печеночную и почечную недостаточность, нарушение легочной вентиляции и др.

11. Различные виды головных болей. Сюда можно отнести холодную головную боль,

которая возникает у некоторых людей при попадании их на холод, при выходе из теплого помещения как проявление своеобразной холодовой аллергии.

Головная боль усиления появляется после некоторых видов физических нагрузок, включая секс. У некоторых людей кашель или смех также могут вызвать головную боль усиления. Около 10 % людей, мучающихся ею, на самом деле страдают от скрытой физической болезни, например опухоли или аневризмы (ослабленного кровеносного сосуда) мозга и должны немедленно обратиться к врачу.

12. Психалгии – головные боли психогенного и неврогенного характера. Возникают у людей специфического психо-эмоционального склада, при котором наблюдаются функциональные расстройства нервной регуляции в ответ на сильные или продолжительные неврогенные раздражители. Сопровождает такие состояния, как неврозы, истерии, неврастения, психастения и т. д.

13. Недифференцированные головные боли. Сюда относят все сомнительные случаи возникающих головных болей, когда нельзя точно установить причину и механизм развития. Подобный диагноз может поставить только опытный врач после проведения всех необходимых обследований.

14. И наконец, последний класс включает мигрени.

Мигрень

Общие сведения

Слово «мигрень» происходит от греческого слова «гемикрания», что означает «боль в одной половине головы» («геми» – «полу», «кранио» – «череп»). Так впервые это заболевание было названо древнеримским врачом Галеном. В дальнейшем слово «гемикрания» трансформировалось во французской транскрипции в *migraine* и превратилось в «мигрень». Этот термин получил признание во всем мире, причем как в медицинской литературе, так и в быту.

Мигрень известна человечеству более 3000 лет. В папирусах древних египтян обнаружены описания мигреновых приступов, а также прописи лекарственных средств, используемых для лечения этого заболевания. Несмотря на это, до сих пор многое остается загадкой в механизмах развития и причинах возникновения мигрени. Практические врачи и пациенты, страдающие мигренозными болями в течение многих лет, не имеют четкого представления о том, излечимо ли это заболевание. Какие современные лекарственные средства наиболее эффективно снимают болевой мигреновый приступ? Всех ли больных с мигренями нужно лечить и как? Есть ли у мигрени осложнения? На какие симптомы у пациента с мигренью нужно обращать внимание, чтобы не пропустить другое угрожающее жизни заболевание (опухоль мозга, сосудистую аневризму и т. п.)?

Несмотря на то что людям известно о мигрени уже тысячи лет, медицинская наука все еще далека от полного понимания этого синдрома. Еще в начале XX в. в книгах о головной боли мигрень шла в одном ряду с эпилепсией, т. е. рассматривалась как результат органических поражений вещества головного мозга. Позже ее стали считать психосоматическим расстройством, возникающим при нервно-психическом истощении защитных сил организма. Сегодня мы знаем, что мигрень представляет собой цереброваскулярные головные боли, возникающие при изменениях в регуляции тонуса мозговых кровеносных сосудов.

Мигрень – это достаточно распространенное состояние по сравнению с другими видами

головных болей. Мигренью страдает от 12 до 15 % населения земного шара. Она является вторым по частоте видом первичной головной боли после головной боли напряжения. В России около 18 млн человек отмечают у себя возникновение болевых приступов, подходящих по клинической картине к описанию мигреневых болей. Характерным признаком мигренозной головной боли является возникновение ее в молодом возрасте, до 20 лет. Первый приступ мигрени может произойти в любом возрасте, от 5 до 40 лет, но в большинстве случаев это происходит в период от 13 до 19 лет. Известны случаи возникновения мигрени у 4–8-летних детей (0,07 % в популяции). Пик заболеваемости приходится на период от 25 до 34 лет. Если вам суждено в будущем страдать мигренью, то почти наверняка первый ее приступ вы испытаете до 40 лет.

До периода полового созревания мужчины и женщины страдают мигренью примерно в одинаковом соотношении, но затем женщины начинают преобладать среди страдающих. Женщины испытывают мигреневые приступы в 2–3 раза чаще, чем мужчины, однако у последних интенсивность боли, как правило, выше.

С возрастом, после наступления климакса, у половины больных мигренью проходит, а у остальных интенсивность боли несколько уменьшается. В отдельных случаях с возрастом происходит трансформация мигрени: число приступов увеличивается, интенсивность боли чаще уменьшается и появляется фоновая межприступная головная боль. Такая трансформированная мигрень приобретает хронический ежедневный характер. К наиболее частым причинам подобной трансформации относят абюзусный фактор (злоупотребление анальгетиками и другими антимигреновыми средствами, которые потребляются пациентами в больших количествах для уменьшения интенсивности боли), а также депрессию.

В настоящее время четко доказана роль наследственного фактора в формировании и развитии мигрени. От 70 до 90 % пациентов, страдающих мигренью, сообщают, что их родственники тоже имеют подобное заболевание, а это говорит в пользу наследственной предрасположенности к данному недугу.

Если приступы мигрени имели место у обоих родителей, то заболевание встречается в 60–90 % случаев, если только у матери – в 72 %, только у отца – в 20 %. В случае, если болеют дальние родственники, возможность появления мигрени также составляет 20 %. Таким образом, мигрень чаще наследуется по женской линии и наличие семейного анамнеза является важным диагностическим критерием заболевания.

Классификация мигрени

Согласно современной международной классификации головных болей от 1988 г., о которой было уже сказано выше, в настоящее время выделяют 2 основные формы мигрени. Это мигрень без ауры (т. е. простая, обычная мигрень), которой страдают около 80 % больных, и мигрень с аурой, или классическая, ассоциированная мигрень, возникающая только у 15 % взрослых больных.

Существует несколько других, более редких типов мигрени, которыми в совокупности страдает 5 % больных. Это базилярная, гемиплегическая, офтальмоплегическая, ретинальная и посттравматическая мигрень.

Критерии диагностики мигрени были определены Международным обществом по изучению головной боли в 1988 г.

1. Приступообразность головной боли.
2. Длительность приступа от 4 до 72 ч.
3. Головная боль имеет по крайней мере две характеристики из следующих:

1) преимущественно односторонняя локализация, чередование сторон, реже – двусторонняя;

- 2) пульсирующий характер;
 - 3) средняя или значительная интенсивность головной боли (нарушает повседневную деятельность);
 - 4) усиление при физической нагрузке.
4. Наличие хотя бы одного сопровождающего симптома:
- 1) тошнота;
 - 2) рвота;
 - 3) фонофобия (повышенная чувствительность к разнообразным звукам даже нормальной интенсивности);
 - 4) фотофобия (т. е. светобоязнь).

Для постановки диагноза мигрени без ауры в прошлом должно быть не менее 5 приступов, отвечающих перечисленным критериям. Для мигрени с аурой должно быть не менее 2 приступов, соответствующих этим критериям.

Мигрень без ауры проявляется приступами головной боли, которая соответствует вышеперечисленным критериям. Это наиболее частая форма, она наблюдается в 80 % случаев. При мигрени с аурой болевую атаку предвещает мигреновая аура. Аурой называют комплекс неспецифических неврологических симптомов, предшествующих приступу боли или возникающих на высоте боли. Неврологическая симптоматика, сопровождающая мигреновую ауру, может наблюдаться и при других заболеваниях, причем не только нервной системы. Важнейшее значение при диагностике имеют повторяемость мигреновой ауры, ее временные характеристики, сочетание с типичными мигреновыми головными болями и семейная отягощенность по мигрени.

Для мигрени с аурой характерны:

- 1) полная обратимость симптомов ауры;
- 2) длительность симптомов не должна длиться более 60 мин;
- 3) длительность светлого (т. е. бессимптомного) промежутка между аурой и головной болью должна быть не более 60 мин.

В зависимости от характера неврологических симптомов, возникающих во время ауры, выделяют несколько форм:

- 1) офтальмическую (классическую);
- 2) офтальмическую (классическую);
- 3) ретинальную;
- 4) офтальмоплегическую;
- 5) гемипаретическую;
- 6) мозжечковую;
- 7) вестибулярную;
- 8) базилярную;
- 9) синкопальную.

Чаще других возникает офтальмическая форма, для которой характерно мелькание ярких зрительных образов в правом или левом поле зрения, возможно с последующим их выпадением.

При глазной (офтальмической) форме появляются расстройства зрения. В результате спазма сосудов мозга, и в частности задней мозговой артерии, возникает выпадение половин полей зрения или перед глазами появляются яркие светящиеся точки, линии (нередко ломаные). Кроме зрительных расстройств, могут быть затруднения речи, нарушения мышления, трудность концентрации внимания и т. п. Эти нарушения получили название ауры. Она длится от 5 до 30 мин, а затем возникает боль в какой-либо области головы, чаще лобной, иногда в височной, реже – в затылочной. У некоторых больных боль появляется над глазами, в челюстях и даже в спине. Боль распространяется на всю половину головы. Может возникнуть тошнота и даже рвота. Боль достигает максимума в период от 30 мин до 1 ч и держится не более 6 ч. Для глазной формы мигрени характерна локализация боли в лобно-глазничной области. Затем присоединяется боль в затылочной

или височно-затылочной области.

Наиболее грозной формой мигрени с аурой является базилярная, или синкопальная, мигрень. Эта форма возникает чаще у девочек в пубертатном периоде. Неврологические симптомы обусловлены вовлечением в патологический процесс основного сосудистого бассейна, участвующего в кровоснабжении головного мозга. Возникают шум в ушах, головокружение, необычные ощущения в конечностях (мурашки, покалывание, пощипывание и др.), могут быть яркие зрительные вспышки.

Особой формой мигрени является вегетативная, или паническая, мигрень, выделенная в 1995 г. При этой форме мигреновая атака сочетается с ярко выраженной паникой. Заболевание возникает у пациентов с нарушениями тревожно-депрессивного характера. Приступ начинается с типичной мигреновой атаки, он провоцирует возникновение страха (паники); появляются учащенное сердцебиение (тахикардия), одышка (учащенное дыхание), возможны подъем артериального давления, появление озноба, общей слабости, увеличивается частота мочеиспусканий. Паническую мигрень диагностируют при наличии трех или более симптомов, ассоциированных с паникой, при любом их сочетании. Панико-ассоциированные симптомы являются «вторичными» по времени возникновения по отношению к головной боли. Головная боль при этой форме мигрени полностью соответствует определению и диагностическим критериям мигренового приступа. Распространенность «панической» мигрени среди других ее клинических форм составляет около 10 %.

Клиническая картина

Основной в клинической картине болезни является приступообразно возникающая головная боль сосудистого механизма развития.

Обычно в приступе мигрени можно выделить три стадии.

В первой стадии наблюдается спазм сосудов головного мозга. Он проявляется бледностью лица. Первая фаза: продромальная (встречается в 50–70 % случаев), т. е. фаза, предшествующая основным клиническим проявлениям мигрени, наблюдается при всех формах мигрени в виде изменения эмоционального состояния, работоспособности и т. д. При мигрени с аурой проявления зависят от типа ауры, который связан с сосудистым бассейном (см. выше). Вследствие этого спазма возникает и головная боль. Эта стадия непродолжительна, но в течение ее происходит освобождение из клеток крови особых веществ, которые увеличивают проницаемость капилляра. В результате этого происходит выход из сосудистого русла особых клеточных гормонов. Воздействуя на рецепторы стенок артерий, эти вещества снижают порог чувствительности к боли. Затем выделившиеся вещества выводятся почками и содержание их в крови резко уменьшается. Это приводит к тому, что тонус артерий мозга понижается, а спазм капилляров остается. В результате этого возникает расширение артериальных сосудов головы.

Лицо краснеет, и появляется головная боль вследствие расширения сосудов – наступает 2-я стадия, во время которой разворачивается головная боль со всеми ее особенностями и сопровождающими симптомами. Она длится несколько часов, постепенно стихая.

Третья стадия – послеприступный период. Он характеризуется постепенным уменьшением головной боли, чувством тяжести в голове, вялостью, разбитостью, сонливостью и обусловлен биохимическими изменениями, происходящими в организме во время приступа. У некоторых пациентов в послеприступный период возникают эмоциональная активация, эйфория. Приступ может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток, в среднем длится 6–18 ч.

Приступы мигрени могут появляться в любое время дня, но, как правило, начинаются с утра. Обычно перед приступом отмечаются определенные предвестники: повышенная раздражительность, нервозность, ощущение несуществующих запахов. Описанные

проявления головной боли характерны для обыкновенной формы мигрени.

Как уже говорилось, картина заболевания имеет свои особенности. Боль при мигрени жестокая, часто пульсирующего характера. Свои ощущения больные описывают очень красочно, образно. Они отмечают, что боль как будто распирает какой-то участок головы, преимущественно лобную область и глаза, появляется ощущение нарыва или какого-то «шевеления» в голове и т. п.

Во время приступа лицо больного бледнеет или краснеет вследствие сужения или расширения артерий головы. На высоте головной боли появляются тошнота, иногда рвота, неприятные ощущения в области сердца, обостряется восприятие внешних раздражителей; больные не переносят света, шума, просят затемнить комнату, разговаривать шепотом и т. п.

Приступ продолжается несколько часов, затем боль постепенно уменьшается. Если больному удастся заснуть, то он просыпается уже без головной боли, хотя могут отмечаться общая слабость, недомогание.

Вне приступа больные чувствуют себя обычно совершенно здоровыми и у них не удается выявить никаких признаков заболевания.

Мигрень у женщин очень хорошо описана авторами в художественной литературе. В романе «Мастер и Маргарита» М. Булгаков с большой детализацией и точностью описал приступ мигрени и его предвестники (ауру) у мужчины. У одного из персонажей романа Понтия Пилата, прокуратора Иудеи, приступ начинался с ощущения воображаемого запаха розового масла: «... все теперь предвещало нехороший день, так как запах начал преследовать прокуратора с рассвета... Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожаного снаряжения и пота от конвоя примешивается проклятая розовая струя». Он чувствует все тот же запах розового масла в запахе приготовляемого обеда. Угроза развития припадка вызывает тревожно-мнительное состояние у Понтия Пилата. Боль страшит его. Прокуратор восклицает: «О боги, боги, за что вы наказываете меня? Да, нет сомнения, это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь... гемикрания, при которой болит полголовы... от нее нет средств, нет никакого спасения... попробую не двигать головой...» Понтий Пилат оставляет все дела, он мечтает только о том, чтобы уйти из колоннады в глубь дворца, затемнить комнату, повалиться на ложе, потребовать холодной воды, жалобным голосом позвать собаку Банга, пожаловаться ей на гемикранию. В больной голове прокуратора возникает даже мысль о яде. Окружающие, зная характер течения мигрени, говорят Понтию Пилату: «... мучения твои сейчас кончатся, боль пройдет».

Следует отметить, что, несмотря на общую схему развития головной боли при мигрени, она имеет индивидуальные особенности у разных людей. Как указывал крупный ученый XIX в. француз Лаборокк, при мигрени «каждый страдает на свой манер».

Причины мигрени

Каковы же причины мигрени? Хотя мигрень известна очень давно, окончательно ее причины до настоящего времени не установлены. Исследования показали, что приступы мигрени обусловлены изменением тонуса внемозговых и внутримозговых сосудов. Примерно в 70 % случаев выявляется связь между мигренью у родителей (чаще у матери) и у детей, причем наследуется не болезнь, а предрасположенность к ней. Считается, что 60 % случаев заболевания возникают до 20-летнего возраста. Почти в 90 % наблюдений болезнь развивается в возрасте до 30 лет. Она может возникать и в другие возрастные периоды. Известны случаи мигрени у 1–3-летних детей. Очень часто приступы мигрени приходятся на время появления первых менструаций (более 70 % случаев). Дети, предрасположенные к мигрени, отличаются тонким душевным складом, критически осмысливают каждый свой шаг, не допускают действий, которые могли бы послужить

поводом для окружающих плохо о них думать, болезненно реагируют на каждое замечание, обидчивы, педантичны.

Больные мигренью также чувствительны к изменениям погоды. Изменения атмосферного давления от 6 до 8 мм рт. ст. вызывают у них чувство тяжести в голове, перемену настроения, головную боль. У больных часто отмечаются аллергические реакции.

В развитии мигренозного приступа имеют значение как факторы окружающей среды, так и внутренние факторы организма (состояние гормональной системы и т. п.).

Провоцирующими моментами обычно являются перегревание на солнце, изменение атмосферного давления, пребывание в душном, плохо проветриваемом помещении, нарушение режима труда и отдыха, эндокринные сдвиги в организме (менструация, беременность), действие сильных внешних раздражителей (шум, яркий свет), сильное чувство голода, физическое переутомление, особенно сверхсильные и сочетающиеся с эмоциональным стрессом нагрузки, заболевания внутренних органов. Нерегулярные приемы пищи (голодание) или употребление некоторых пищевых продуктов могут инициировать болевой мигренозный приступ у лиц, страдающих мигренью. Примерно 25 % больных связывают возникновение приступа с употреблением пищи, богатой аминокислотой тирамином (какао, шоколад, орехи, citrusовые, сыр, некоторые виды рыбы и мяса, в частности свинина, грибы, крабы, копчености и т. д.). Аминокислота тирамин связывает фермент моноаминоксидазу и вызывает изменения сосудистого тонуса (ангиоспазм). Кроме того, тирамин конкурирует с предшественником серотонина – триптофаном, препятствуя его поступлению в нервные клетки и снижая, таким образом, синтез серотонина в центральной нервной системе. Провокаторами мигренозного приступа являются также алкоголь (особенно красное вино, пиво, шампанское), курение, наркотические препараты.

Отклонения от привычной формулы сна могут учащать приступы мигрени. Провоцирующим фактором в этом случае может быть как недосыпание, так и избыточный сон. Больные, которым во время приступа удается заснуть, купируют таким образом головную боль. Проведенные учеными специальные исследования показали, что имеется так называемая мигрень сна, когда приступ возникает во время ночного сна, а именно в самой активной фазе сна – быстром сне. В эту фазу человек видит сновидения, что сопровождается активацией вегетативных параметров, биохимическими и гормональными сдвигами. Мигрень бодрствования также возникает в самой активной стадии бодрствования – напряженном бодрствовании. Более чем у половины больных наблюдается мигрень как во сне, так и бодрствовании.

Играют роль и условно-рефлекторные факторы: приступы возникают при попадании больного в определенное место в одно и то же время, при стечении определенных обстоятельств, при которых раньше наступали приступы головной боли.

Головную боль могут вызвать чувство тревоги, страх, испуг. Это можно видеть на следующем примере. У больной, у которой мигренью страдали мать и сестра, приступ болезни развился в возрасте 21 года после того, как на нее набросилась собака. Возникла боль в правой половине головы, затем боли стали появляться 2–3 раза в год без всякой внешней причины, а через 5 лет после новой психической травмы (смерть близкого человека) стали отмечаться ежемесячно, совпадая по времени с первыми 2 днями менструации.

В данном наблюдении имелась предрасположенность к болезни, но она не проявлялась до определенного времени, и психическая травма (испуг) спровоцировала развитие заболевания.

В ряде случаев причину развития приступа установить не удастся.

В каких случаях возникает головная боль у практически здоровых людей?

Каждый человек из своего жизненного опыта знает, что головная боль может возникать не только при различных заболеваниях, но и у внешне здоровых людей. Эти люди ведут обычный образ жизни, трудятся, создают выдающиеся произведения литературы, искусства, науки и техники. Так, из исторических источников известно, что головными болями страдали римский диктатор и полководец Гай Юлий Цезарь, царь и полководец Александр Македонский, немецкий композитор, пианист и дирижер Людвиг ван Бетховен, английский естествоиспытатель Чарлз Роберт Дарвин, немецкий поэт и публицист, выдающийся мастер лирической поэзии Генрих Гейне, английский писатель Джозеф Редьярд Киплинг, английский писатель, математик и логик, автор сказки «Алиса в стране чудес» Льюис Кэрролл, французский писатель Ги де Мопассан, величайший русский композитор Петр Ильич Чайковский и др.

Как же объяснить то, что часто головная боль появляется у людей, которые до этого не считались больными, да и после того, как головная боль проходит, они не обращаются к врачам, не лечатся и живут полноценной жизнью. Не находится ли этот факт в некотором противоречии с выводами ученых, что головная боль всегда признак болезненного состояния?

Дело в том, что абсолютно здоровые люди встречаются редко, в большинстве случаев речь идет о практически здоровых. Как правило, практически здоровые люди никаких жалоб не предъявляют, чувствуя себя вполне удовлетворительно, наравне со всеми трудятся и только иногда, когда меняются условия окружающей среды или внутренние факторы, у них возникают те или иные болезненные симптомы: головная боль, боли в суставах, чувство разбитости, расстройство сна и т. п.

У кого же из практически здоровых людей может чаще всего возникать головная боль? Это могут быть лица с изменениями со стороны центральной нервной системы, либо врожденными, либо приобретенными в результате перенесенных различных заболеваний (как правило, инфекционных), травм, интоксикаций и тому подобного или же лица с хроническими процессами, длящимися годами и не приводящими к выраженным нарушениям функций, находящиеся, как говорят врачи, в стадии компенсации. При декомпенсации возникают различные болезненные проявления, в том числе и головная боль.

Поясним это примерами. Головная боль появляется у людей с врожденной повышенной возбудимостью нервной системы. Эти люди практически здоровы, но различные факторы, которые обычно не вызывают раздражения болевых рецепторов у здоровых людей, у них приводят к возбуждению многих рецепторов, в том числе и болевых, что выражается головной болью.

Другой пример. Человек получил травму головы, вследствие которой возникли мелкие, субарахноидальную головку, очажки кровоизлияния в вещество мозга. Прошел острый период болезни. Болезненные проявления исчезли, очажки кровоизлияния рассосались, и на их месте образовались такие же мелкие рубчики. Больной вернулся к своей обычной деятельности. У него не осталось никаких болезненных ощущений, однако в результате имеющихся мелких рубчиков появилась повышенная возбудимость нервной системы. Для нормализации возбудимости обычно требуется несколько лет. Такого человека нельзя считать абсолютно здоровым, но вместе с тем он и не больной. Он практически здоров. При такой повышенной возбудимости центральных аппаратов мозга факторы, которые в обычных условиях у здоровых людей не вызывают раздражения болевых рецепторов, у такого человека могут быть причиной возбуждения нервных окончаний, чувствительных к болевому раздражению, и могут привести к возникновению головной боли.

Третий пример. Человек может страдать каким-либо хроническим заболеванием, ничем не проявляющимся в течение десятков лет, например недостаточностью мозгового

кровообращения или коронарного кровообращения начальных стадий, расстройствами деятельности эндокринной системы и т. п. Эти заболевания дают о себе знать, или, как говорят врачи, декомпенсируются, в определенной ситуации, при изменении условий окружающей среды, когда к организму предъявляются повышенные требования.

В каких же условиях появляется головная боль у практически здоровых людей?

Чаще всего головная боль возникает у них под воздействием климатопогодных влияний, при нарушениях режима труда и отдыха, питания, режима сна, изменениях условий окружающей среды (действие различных видов энергии, недостаток кислорода и т. п.), психогенных влияниях и злоупотреблении алкоголем, курением и т. п.

Исследования, проведенные разными учеными, позволили установить, что под влиянием климатопогодных факторов могут обостряться хронические заболевания суставов, сердечно-сосудистые заболевания и т. п. Кроме того, отмечено, что у практически здоровых людей при изменении погоды могут возникать болезненные ощущения: чувство тяжести в голове, головная боль разной степени и интенсивности, расстройство сна, чувство разбитости, снижение работоспособности, изменение настроения, боли в суставах, за грудиные боли и т. п.

Повышенная чувствительность к изменениям погоды называется метеолабильностью, а ощущения, возникающие в результате действия климатопогодных факторов, – метеотропными реакциями.

Как правило, к изменению климатопогодных факторов чувствительны люди, перенесшие травму головы, а также заболевания, способствующие ослаблению функций нервной системы. В редких случаях метеолабильность может быть врожденной.

Особенно часто головная боль при изменении климатопогодных факторов возникает у лиц, которые перенесли какое-то заболевание, проявлявшееся головной болью, или же у страдающих головными болями разного характера, а также у людей, страдающих хроническими заболеваниями нервной системы, которые в обычных условиях ничем не проявляются. Таким образом, лица, у которых появляется головная боль под воздействием погодных факторов, – это не абсолютно здоровые, а лишь практически здоровые люди.

Следует отметить, что у людей с метеолабильностью возникновению головной боли способствуют малоподвижный образ жизни, недостаточное пребывание на открытом воздухе. Обычно это люди, у которых нет четкого распорядка дня, кто не занимается физическими упражнениями, не использует очередной отпуск для отдыха.

Основную группу людей с метеолабильностью составляют лица старше 40 лет. Характерно, что, чувствительность к изменению климатопогодных условий встречается в 2–3 раза чаще у городских жителей, чем у лиц, проживающих в сельской местности.

Головная боль и другие симптомы, появляющиеся у людей, чувствительных к изменению климатопогодных условий, чаще наблюдаются в переходные зимне-весенние (февраль, март, май) и осенние (октябрь, ноябрь) месяцы года. Это объясняется большой изменчивостью погоды в указанные периоды, а также определенными сезонными сдвигами в организме людей.

В развитии головной боли у людей с метеолабильностью имеет значение изменение некоторых основных элементов, образующих погоду, и в первую очередь изменение атмосферного давления. Обычно суточные колебания атмосферного давления очень незначительны и в определенном пункте земной поверхности относительно стабильны. Изменение атмосферного давления на 6–8 мм рт. ст. вызывает у людей с повышенной чувствительностью к изменению погоды чувство тяжести в голове, головную боль разной степени выраженности, изменение настроения. По-видимому, здесь важно не только изменение атмосферного давления, но и одновременное изменение других метеорологических факторов – относительной влажности и температуры воздуха, силы и направления ветра, режима облачности, вторжение атмосферных фронтов и циклонов. Определенную роль играет быстрота перехода погодных комплексов, а также выраженность метеорологических колебаний. Чем меньше промежуток времени, в

течение которого меняется погода, тем чаще и более выраженными оказываются метеотропные реакции.

Наблюдения показали, что чаще всего головная боль возникает при резком переходе от жаркой, теплой и сухой малооблачной погоды к пасмурной дождливой погоде, от слабо морозной погоды с перепадами температуры через ноль к морозной и значительно морозной; от слабо морозной к облачной, пасмурной, дождливой погоде, от сильно морозной к слабо морозной погоде. Как правило, лица, чувствительные к изменению климатопогодных факторов, отмечают чувство тяжести и головную боль за 1–2 дня до явной перемены погоды.

Реакции, возникающие при перемене погоды (головная боль и сопровождающие ее другие ощущения) у лиц, чувствительных к изменениям климатопогодных факторов, можно разделить на три группы: легкие, умеренные, тяжелые (выраженные).

Легкие реакции проявляются нерезкой головной болью, ощущением чувства тяжести в голове. Умеренные реакции сопровождаются сильной головной болью и чувством тяжести в голове, расстройством сна (тревожный сон, раннее пробуждение), снижением работоспособности и состоянием необъяснимой разбитости и т. д.

При тяжелых (выраженных) реакциях отмечаются резкая головная боль, нарушение сна, разбитость, боли в области сердца, за грудиной, учащение сердцебиения.

Однако метеотропные реакции заключаются не только в изменении самочувствия. При обследовании таких людей удается обнаружить и ряд объективных признаков: изменение сосудистого тонуса, колебание артериального давления (оно чаще повышается на 10–40 мм рт. ст., но может и понижаться на 10–30 мм рт. ст.; последнее обычно характерно для людей с явлениями атеросклероза сосудов), изменение частоты пульса, неустойчивость внимания, сильные эмоциональные реакции.

Особую опасность эмоциональные сдвиги, обусловленные погодой, представляют для лиц, чьи профессии связаны с напряжением внимания, например для шоферов, летчиков, работников спецслужб.

В некоторых странах по радио не просто передают метеорологические прогнозы, но и обязательно предупреждают о наступлении дней «рассеянности и депрессии», обусловленных изменением комплекса погодных факторов. Эти предупреждения очень ценны для водителей и работников службы автоинспекции. Практика показывает, что передачи «прогнозов настроения» способствуют уменьшению числа дорожно-транспортных происшествий.

Как же можно представить себе механизм возникновения головной боли под влиянием резких атмосферных колебаний? В развитии головной боли у большинства чувствительных к перемене погоды людей большое значение имеют изменение сосудистого тонуса и повышение колебательной подвижности стенок сосудов.

Хотя речь идет о практически здоровых людях, тем не менее вопросы предупреждения и устранения головной боли должен решать врач. После того как будут выявлены механизмы повышенной чувствительности к действию климатопогодных факторов, врач назначает необходимое лечение.

При головной боли, возникшей под влиянием атмосферных факторов, применяют препараты успокаивающего действия, снотворные, обезболивающие средства, а в необходимых случаях специальные препараты, улучшающие мозговое и сердечное кровообращение.

При выраженных метеотропных реакциях рекомендуется полупостельный и даже постельный режим. Большое значение имеет проведение мероприятий, направленных на снижение метеочувствительности. В этом отношении немалая роль принадлежит закаливанию организма с учетом сезона года. Это могут быть воздушные ванны, водные процедуры, достаточный двигательный режим, дозированная ходьба, специальные комплексы лечебной физкультуры, а при необходимости – и проведение специальных медикаментозных профилактических курсов лечения в условиях больницы. Лица с

метеолабильностью должны соблюдать установленный распорядок дня, вести активный образ жизни, чаще бывать на открытом воздухе и обязательно заниматься физическими упражнениями.

Головная боль может возникать при нарушении режима труда и отдыха. Как известно, труд – не только социальная, но и биологическая категория. Он сыграл решающую роль в формировании человека. Гармоническое развитие человека немыслимо без трудовой деятельности, как физической, так и умственной. Почему же тогда у здоровых людей в процессе труда возникает головная боль? Следует сразу сказать, что у здорового человека трудовая деятельность не приводит к головной боли, у него появляется лишь чувство утомления, не имеющее прямого отношения к этой боли, проходящее после определенного периода отдыха.

Головная боль наблюдается и у практически здоровых людей, но, как правило, лишь вследствие несоблюдения режима труда и отдыха.

Чтобы лучше представить механизм головной боли, которая появляется при выполнении определенной работы у практически здоровых людей, необходимо напомнить некоторые сведения о физиологии труда.

Трудовую деятельность можно разделить на два основных вида: труд физический и труд умственный. В любом виде мышечной деятельности принимает участие как центральная, так и периферическая нервная система. Наряду с этим при интеллектуальной деятельности отмечается в той или иной степени и работа мышц.

Любая деятельность протекает с определенными фазовыми интервалами. Даже кажущееся непрерывным длительное напряжение мышцы представляет собой поочередное включение в работу и выключение из нее отдельных двигательных единиц. Все знают, как трудно выполнять работу, связанную с определенным положением конечности. Так, практически невозможно долго удерживать вытянутую руку в одном положении. И той же рукой можно долго выполнять работу, требующую включения разных групп мышц. Следовательно, чередование деятельности и отдыха является непременным условием для нормального труда.

Отдых – это период времени, когда прекращается активная деятельность организма, а физиологические изменения, возникшие в процессе работы, продолжают. Отдых постепенно возвращает физиологические изменения в организме к тому уровню, который был до начала работы, т. е. во время покоя, поэтому понятия «отдых» и «работа» не отделимы друг от друга.

Отдых и абсолютная бездеятельность организма – не одно и то же. Отдых – состояние, качественно отличающееся от состояния покоя. Отдых может быть активным, а покой – нет.

В процессе умственной деятельности в коре головного мозга регулярно чередуются процессы возбуждения и торможения. Это обеспечивает длительную работоспособность коры больших полушарий. Работоспособность повышают эмоциональные факторы, которые, включая подкорковые образования, тонизируют кору головного мозга. Выполнение в период умственного труда других видов деятельности, особенно физической, способствует длительному сохранению работоспособности.

Во время физической работы во многих системах организма и его органах происходит ряд изменений. Например, сердечно-сосудистая система увеличивает кровоснабжение работающих органов в 6–9 раз. Это обеспечивается учащением сердцебиений у нетренированных людей в 2–3 раза и увеличением выброса крови левым желудочком у тренированных. Повышается максимальное артериальное давление, а минимальное давление снижается вследствие увеличения пульсового давления.

Учащается и становится более поверхностным дыхание: его частота может достигать до 30–40 и более в минуту (при норме 16–18); увеличивается потребность в кислороде. При длительной физической нагрузке длительное возбуждение нервной системы распространяется и на отделы нервной системы, обеспечивающие иннервацию сосудов. У

здоровых людей происходит расширение сосудов лишь в той степени, которая необходима для обеспечения кровью мозга в условиях возросшей его деятельности. У людей с повышенной возбудимостью центральных аппаратов расширение сосудов будет превышать допустимые пределы, а это приведет к раздражению болевых рецепторов в сосудистой стенке и к возникновению головной боли. Следовательно, головная боль возникает при длительной физической нагрузке лишь у практически здоровых людей, у которых в результате различных болезненных состояний в прошлом возникла повышенная возбудимость нервной системы. У здоровых людей головной боли не бывает.

Для предупреждения головной боли необходимо соблюдать режим труда и отдыха, хорошо проветривать рабочие помещения. Все выполняющие это условие до глубокой старости сохраняют работоспособность и не знают головной боли.

Л. Н. Толстой, И. П. Павлов, И. М. Сеченов, Д. И. Менделеев даже в преклонном возрасте, сочетая умственный труд с физическим, сохранили ясность мысли, работоспособность и физическое здоровье.

Люди, страдающие головной болью, должны особенно строго придерживаться распорядка дня. Это подтверждает, например, жизнь немецкого философа Эммануила Канта (1724–1804). Он рос очень болезненным ребенком, и все предсказывали ему непродолжительную жизнь. Став взрослым, Э. Кант рассчитал свой день до минут. Он поднимался в 5 ч, ровно в 7 ч выходил на прогулку, ровно в 10 ч вечера ложился в постель. Жители Кенигсберга проверяли по Канту свои часы. За 30 лет он ни разу не нарушил этого режима. К 40 годам его здоровье настолько окрепло, что до последних лет жизни он не знал, что такое болезни, прожив 81 год.

Почти таким же образом укрепили свое здоровье Гете, проживший 82 года, Лев Толстой, тоже достигший своего 82-летнего юбилея, и многие другие известные и не очень личности.

Головная боль может возникать при нарушении режима сна. Известно, что сон является физиологическим состоянием, в течение которого отдыхают основные органы и системы, в первую очередь нервная система. Человек почти треть своей жизни проводит во сне.

Кроме бессонницы как болезненного состояния, в жизни каждого человека возможны расстройства, обусловленные не болезненным процессом, а различными жизненными ситуациями: необходимость выполнения какого-либо срочного задания или работы в ночной период, проведения сверхурочной работы, пребывания на каком-либо вечере и т. д.

Чаще всего в этих случаях уменьшается обычная продолжительность сна, реже – смещается его время (ночное бодрствование и дневной сон), изменяются ритм и глубина.

Чтобы понять, почему у некоторых людей при нарушении режима сна возникает головная боль, рассмотрим, какое влияние на организм оказывает полное лишение сна, а также длительное уменьшение его продолжительности.

Наблюдения за здоровыми людьми показывают, что при полном лишении сна наступает ряд изменений функций организма. Уже на 2–3-й день бессонницы эти изменения проявляются вялостью, апатией, эмоциональной притупленностью. Походка такого человека неуверенная, он спотыкается о несуществующие предметы, его речь теряет четкость, становится смазанной, с повторениями и ошибками. Примерно с 3 суток обнаруживаются изменения со стороны психики: кратковременные расстройства сознания, нарушения памяти, иногда зрительные галлюцинации, состояние тревоги. В дальнейшем наступают кратковременные периоды засыпания с открытыми глазами.

Индивидуальная выносливость человека в случае лишения сна различна, но не велика – всего несколько дней. Какова норма продолжительности сна? Она зависит в первую очередь от возраста, индивидуальных особенностей организма, привычек, условий жизни и т. п.

Установлено, что продолжительность сна юного человека составляет 8–8,5 ч, взрослого человека среднего возраста – 7–8 ч, а человека пожилого и старческого возраста – 6–7 ч.

Отмечено, что старики часто довольствуются продолжительностью сна 5–6 ч, однако те, у кого он продолжается 7–8 ч и более, оказываются более здоровыми.

Принято считать нормой отдыха 1/3 суток. При нарушении этого режима наступает расстройство деятельности основных систем организма, и в первую очередь истощение нервной системы.

У систематически недосыпающих людей отмечаются быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, быстрая истощаемость при физическом и умственном напряжении, общая слабость, снижение аппетита, памяти, немотивированная тревога, внутреннее беспокойство. Наблюдения за здоровыми людьми показали, что ни при длительном лишении сна, ни при хроническом сокращении его продолжительности головной боли у них, как правило, не возникало, но появлялись симптомы истощения нервной системы и повышения возбудимости ее центральных аппаратов.

У кого же развивается головная боль в этих случаях?

Головная боль появляется у людей, страдающих хроническими заболеваниями, в клинической картине которых имеется головная боль, такими как вегетативно-сосудистая дистония, шейный остеохондроз и тому подобные, а также у людей, у которых в прошлом имелись травматические, инфекционные и другие поражения мозга, а в настоящее время отмечаются остаточные явления с синдромом головной боли.

Все это позволяет сделать вывод, что возникновение головной боли при нарушении режима сна является основанием для обращения такого практически здорового человека к врачу для проведения необходимого обследования, выявления хронически протекающего заболевания или же последствий поражения нервной системы.

Нервная система является регулятором такого важного процесса, как питание, но одновременно она и сама находится под влиянием режима питания. Поэтому при его нарушении могут развиваться различные болезненные процессы, которые и приводят к возникновению головной боли.

Следует отметить, что нарушение режима питания не часто служит причиной головной боли. Сильная головная боль разлитого характера обычно встречается при гиповитаминозах и авитаминозах, и в частности при недостатке витаминов группы В.

Острая головная боль может развиваться при изменении чувствительности организма (аллергии) к тому или иному веществу – аллергену. Аллергенами могут быть пищевые продукты: яйца, молоко, помидоры, земляника, бобы, капуста, грибы, отдельные виды мяса. У таких людей, практически здоровых, но обладающих повышенной чувствительностью к определенным веществам, после приема пищи и появляется головная боль.

У некоторых людей головная боль может появляться при больших перерывах в приеме пищи. Чаще это бывает у лиц с повышенным выделением поджелудочной железой инсулина, когда развивается так называемое гипогликемическое состояние, т. е. резкое снижение содержания сахара в крови. У таких людей длительные перерывы в приеме пищи вызывают ощущение внезапной слабости, чувство голода, общее дрожание, головокружение. В дальнейшем может внезапно развиваться острая диффузная головная боль, которая быстро исчезает после приема пищи или стакана сладкого чая.

В последние годы выявлена возможность развития головной боли вследствие чрезмерного употребления кофе. Особенно он популярен в Швеции. По количеству потребления кофе на душу населения шведы считаются «чемпионами мира».

Как известно, содержащийся в кофе кофеин оказывает воздействие на весь организм. Стимулируя центральную нервную систему, он усиливает и процессы возбуждения в коре головного мозга. Под влиянием кофеина усиливается деятельность сердца, более интенсивными становятся сердечные сокращения, повышается артериальное давление.

В больших дозах кофеин неестественно повышает обмен веществ, вызывает бессонницу, головную боль, которая не имеет четкой локализации, хотя иногда она сильнее ощущается

в области лба. У некоторых людей головная боль может быть пульсирующей.

Профилактика головной боли, обусловленной чрезмерным употреблением кофе, сводится к ограничению его приема. Максимальная доза кофе не должна составлять более 1–2 небольших чашек в сутки.

Говоря о головной боли, вызванной нарушением диетического режима, нельзя умолчать о головной боли, возникающей вследствие злоупотребления алкоголем. Представитель веществ наркотического ряда, алкоголь обычно вызывает состояние опьянения, но нередко он может стать причиной острого отравления, угрожающего жизни. В обиходе алкоголем называют любую жидкость, содержащую винный спирт.

Люди, незнакомые с медициной, считают, что алкоголь действует на человека возбуждающе. Это не так. Алкоголь во всех случаях угнетает нервную систему. Уже в малых дозах он ослабляет процессы торможения в коре головного мозга, что приводит к усилению процессов возбуждения, в результате чего повышается двигательная и речевая активность человека. Он становится необычно для себя говорливым, у него появляются избыточная жестикуляция, порывистые движения, мышление становится поверхностным, возрастает самомнение, появляется желание ставить себя в пример другим. Несколько позже наступает угнетение и процесса возбуждения. Происходит ослабление высшей нервной деятельности в связи с этим растормаживанием подкорковых отделов нервной системы, т. е. более примитивных механизмов деятельности нервной системы, что приводит к преобладанию в поведении человека низших влечений.

У пьяного вследствие угнетения нервной системы снижается активность, появляется сонливость, а затем наступает сон. Прием больших доз алкоголя может вызвать очень глубокий сон, вплоть до того, что человек впадает в бессознательное состояние, когда говорят «мертвецки пьян». В редких случаях может наступить и смерть.

Установлено, что смертельная доза составляет 8 г чистого спирта на 1 кг массы тела человека. Правда, этот расчет в значительной степени условный, так как многие факторы могут снижать устойчивость организма к алкоголю. Кроме того, острые алкогольные отравления иногда возникают при приеме небольших доз алкоголя. Это может быть у людей в период переутомления, после перенесенных тяжелых заболеваний и у детей.

Острое отравление алкоголем проявляется головной болью без четкой локализации, тошнотой, рвотой, в тяжелых случаях потерей сознания, нарушением дыхания и сердечной деятельности. Но и после обычного опьянения у людей с повышенной возбудимостью нервной системы чаще всего спустя некоторое время возникает головная боль давящего или пульсирующего характера.

При систематическом введении умеренных доз алкоголя он включается в обменные процессы, постоянно нарушая обмен веществ.

У лиц, злоупотребляющих алкоголем, появляется диффузная тупая головная боль, которая часто сопровождается сосудистыми расстройствами, покраснением лица, слизистой оболочки глаз, усиленной пульсацией поверхностных артерий головы.

Профилактика головной боли, обусловленной чрезмерным увлечением алкоголем, сводится к отказу от его употребления.

Выдающимся достижением нашего времени является телевидение. Это окно в мир, которое расширяет возможности человека в получении информации, доставляет ему эстетическое наслаждение, духовно обогащает. К сожалению, во многих семьях телевидением пользуются неразумно. А как известно, неумеренное добро зачастую оборачивается злом, и то благо, каким является телевидение, может наносить вред в первую очередь здоровью человека.

Уже не говоря о том, что нередко в жертву голубому экрану приносятся прогулки на свежем воздухе, занятия спортом, радость общения с друзьями и близкими, длительное пребывание у телевизора вызывает значительные нарушения в организме.

Исследования показали, что просмотр телевизионных передач – большая напряженная работа, в которой основная нагрузка приходится на нервную систему, орган зрения и

о*сensored*-двигательный аппарат. Бесперывное, в большинстве случаев продолжающееся часами, мелькание телевизионных кадров очень утомляет зрение, переутомляет нервную систему. В результате длительного пребывания перед экраном в вынужденной позе нарушается осанка, может появляться головная боль, могут понизиться работоспособность и нарушиться сон.

Головная боль в таких случаях обусловлена повышением возбудимости центральных аппаратов нервной системы, а главное – ускорением и увеличением мозгового кровотока, приводящими к повышению артериального и внутриглазного давления. Поэтому людям со склонностью к артериальной гипертонии, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, глаукомой, катарактой, болезнями нервной системы, следует ограничить время пребывания у телевизора, а после просмотра телевизионных передач хотя бы ненадолго выходить на свежий воздух. Это одно из условий профилактики головной боли в таких случаях. Главный же метод профилактики состоит в тщательном соблюдении норм просмотра телевизионных передач. Приобретая телевизор, нужно сопоставить размер его экрана с комнатой, где он будет установлен. При экране размером по диагонали 35 см смотреть телевизионные передачи следует с расстояния не менее 2 м, при размере экрана 50–61 см – с расстояния не менее 3–4 м, но не более 5 м. Высота экрана над полом должна быть 80–90 см.

Для уменьшения резкого контраста между ярко освещенным экраном и темнотой комнаты, который очень неблагоприятен для глаз, следует зажигать настольную лампу или торшер с лампочкой небольшой мощности (40–60 Вт). Исследованиями гигиенистов доказано, что непрерывный просмотр телевизионных передач в течение 2–3 ч подряд вызывает утомление. Длительное пребывание у экранов особенно вредно для детей. Детям в возрасте до 3 лет смотреть телевизионные передачи не рекомендуется. Дети дошкольного возраста могут пребывать у телевизора не более получаса, школьники до 14 лет – 1–1,5 ч, а старшие школьники – не более 2 ч подряд. Не следует разрешать детям смотреть телевизионные передачи каждый вечер. Вполне достаточно допускать их к телевизору 2–3 раза в неделю.

Людям, страдающим заболеваниями глаз, нервной и сердечно-сосудистой систем, следует посоветоваться с врачом, в течение какого времени и как часто им можно смотреть телевизионные передачи.

На многие системы организма, и в первую очередь на нервную и сердечно-сосудистую, пагубно влияет табачный дым. Он раздражает слизистые оболочки легких, пищевода, желудка, кишечника. Основное вредоносное действие оказывает содержащийся в дыме табака никотин. Влияя на периферические центры вегетативной нервной системы, он вызывает нарушение регуляции сосудистого тонуса и деятельности сердца. Это приводит к учащению сердцебиений, повышению артериального давления и т. п. В табачном дыме, кроме никотина, содержатся ядовитые продукты сухой перегонки табака, а также окись углерода. Соединяясь с гемоглобином крови, окись углерода уменьшает возможности крови переносить кислород клеткам, тканям и органам, тем самым способствуя развитию гипоксических состояний – дефицита кислорода в тканях.

В результате действия табачных ядов развивается отравление организма, которое в острых случаях проявляется тошнотой, головокружением, головной болью и обмороками, вплоть до остановки дыхания и сердечной деятельности. В хронических случаях при отравлении табачными ядами могут измениться настроение, возникнуть одышка, кашель, боли в животе, головная боль.

Человек, выкуривающий в день пачку папирос или сигарет, вводит в организм в течение жизни около 2 кг чистого никотина. Это количество является смертельной дозой при одновременном введении для 20 тысяч человек. Выкуривая пачку папирос или сигарет в день, каждый курильщик получает смертельную дозу яда.

Почему же курящий всю жизнь человек не погибает от действия табачного яда? Это происходит потому, что яд поступает в организм малыми порциями и в организме

постепенно вырабатываются защитные приспособления, которые обезвреживают ядовитые вещества.

Врачам часто приходится слышать реплики курильщиков, что многие курят в течение десятков лет и у них при этом не бывает головной боли. Ссылаются также на заядлых курильщиков, в частности на бывшего премьер – министра Англии У. Черчилля, который очень много курил, прожил более 90 лет и не страдал головной болью. Справедливости ради следует признать, что у заядлых курильщиков головная боль от табачного дыма появляется не часто, и это объясняется приспособлением организма к табачному яду. Но зато у тех, кто только начинает курить или не курит и пытается закурить, выкуривая при этом много папирос и сигарет, острое отравление возникает обязательно. Степень его выраженности зависит от возраста человека и количества табачного дыма.

Очень чувствителен к табачному дыму растущий организм. Особенно вреден табачный дым для лиц, начинающих курить, и для некурящих, так как у них нет защитных приспособлений к табачному яду.

Содержащиеся в табачном дыме вещества вначале вызывают возбуждение нервной системы, а затем ее угнетение. В голове курящего появляется ощущение тяжести, возникает головокружение, а затем головная боль пульсирующего характера.

Эти же явления отмечаются и при вдыхании воздуха, содержащего табачный дым, т. е. вследствие пребывания в накуренном помещении. Примерно половина табачного дыма во время курения уходит в окружающую среду, не попадая в организм курящего. Следует учесть, что в окружающую среду, кроме того, выделяется дым от тлеющей папиросы, сигареты, трубки, причем в этом дыме значительно больше никотина и продуктов сухой перегонки табака, чем в дыме, прошедшем через легкие курильщика. В нем в 5 раз больше окиси углерода, в 50 раз больше аммиака и в 3 раза больше бензилперидина, значительно больше кадмия, который способствует развитию эмфиземы легких и атеросклероза.

Окись углерода не вызывает ни кашля, ни каких-либо других ощущений. Ее действие проявляется нарушением координации, снижением внимания, уменьшением способности различать относительно яркие предметы. Все это приводит к увеличению нагрузки на сердце, которое должно учащать свои сокращения, чтобы доставить тканям организма большее количество крови. Окись углерода оказывает действие не только на тех, кто курит, но и на тех, кто попадает в одну комнату с курильщиками. Поэтому лиц, находящихся в одном помещении с курящими, называют пассивными курильщиками, т. е. вдыхающими дым от чьей-то сигареты, папиросы или трубки. В результате этого курящий человек причиняет вред не только себе, но и людям, находящимся с ними в одном помещении.

Хотя концентрация ядовитых веществ в воздухе помещений, содержащем табачный дым, значительно меньшая, чем в дыме, действие их оказывается большим, чем при курении, так как яды попадают в организм некурящего человека, у которого не выработана приспособительная система к защите от никотина и других вредных веществ.

Давно замечено, что инфаркт миокарда чаще возникает у курящих, но только в настоящее время удалось найти объяснение этому явлению. Американские ученые показали, что никотин, поступающий в кровь после глубокой затяжки папиросы, резко увеличивает способность тромбоцитов (кровяных пластинок) к слипанию. Вследствие этого в сосудах образуются сгустки крови и формируются тромбы. Это приводит к недостаточному снабжению мышцы сердца кровью и возникновению инфаркта или инсульта. Следовательно, курение – одна из причин не только головной боли, но и нарушений сердечного и мозгового кровообращения.

Основным условием профилактики головной боли, возникающей под воздействием табачных ядов, являются отказ от вредной привычки курения, запрещение курения в рабочих помещениях, общественных местах и жилых комнатах. При желании бросить курить может всякий человек, хотя это не так просто, как кажется, на первый взгляд. Вспомните шутку Марка Твена: «Нет ничего проще, чем бросить курить. Лично я это

делал раз двадцать». И это не просто привычка, но и одна из разновидностей наркомании, т. е. патологической зависимости от приема каких-либо веществ. И как при всякой наркомании, у курильщиков при прекращении курения возникают никотиновое «голодание» и так называемая никотиновая абстиненция – своеобразное изменение психики и деятельности внутренних органов, значительно уменьшаемое очередным курением, к которому возникло сильное пристрастие. Состояние никотиновой абстиненции появляется после нескольких лет курения.

Мобилизовав силу воли для подавления тяги к курению, курильщик избавит свой организм от хронического отравления, а окружающих – от головной боли.

В настоящее время разрабатываются средства, помогающие избавиться от привычки курения. Одним из таких средств являются таблетки «Табекс», которые принимают по специальной схеме. Содержащееся в таблетках вещество цитизин вследствие фармакологического сходства с никотином заменяет его и таким образом избавляет организм от никотинового «голодания» – никотиновой абстиненции.

Нервная система человека очень чувствительна к недостатку кислорода, поэтому пребывание в душном накуренном помещении, где содержание кислорода ниже нормы, может вызвать головную боль.

Значение недостатка кислорода в окружающем воздухе и связь его с возникновением головной боли можно отметить у людей, поднимающихся в гору.

Известно, что на большой высоте количество кислорода в воздухе оказывается недостаточным для обеспечения акта дыхания. Возникает горная, или высотная, болезнь. Обычно горная болезнь развивается при подъеме на высоту 3000 м и выше. Даже у физически крепких здоровых людей появляются головная боль, боль в ушах, чувство усталости, тошнота, затрудненное дыхание, а иногда и обморочное состояние.

Сходен механизм развития головной боли у людей в случае пребывания их в непроветренном помещении, где низкое содержание кислорода. При этом также появляются вялость, повышенная утомляемость, головная боль ноющего характера. Эти явления исчезают на свежем воздухе, при вдыхании кислорода. К недостатку кислорода особенно чувствительны люди с низким артериальным давлением и повышенной возбудимостью нервной системы.

Основным в профилактике головной боли, возникающей в результате недостатка кислорода в воздухе, является выполнение следующих санитарно-гигиенических требований: прогулки, которые должны быть ежедневными, обязательное проветривание помещения, сон при открытой форточке, запрещение курения в комнате, общественных местах.

Головная боль может возникнуть вследствие перегревания на солнце.

При неумеренном пребывании на солнце появляются покраснение участков кожи, зуд, волдыри и происходит отторжение поверхностного слоя кожи. Кроме того, ухудшается самочувствие, отмечаются повышенная возбудимость и раздражительность, слабость, сердцебиение и нарастающая диффузная (разлитая) головная боль, иногда пульсирующего характера, нарушение сна.

В тяжелых случаях могут наблюдаться повышение температуры тела и даже потеря сознания (солнечный удар).

Головная боль при нарушении режима пребывания на солнце связана с раздражением чувствительных рецепторов в сосудах и оболочках мозга. Она может возникнуть у людей со склонностью к головной боли.

В связи с этим прежде, чем приступить к приему солнечных ванн, необходимо посоветоваться с врачом, который определит правильный режим пребывания на солнце. Основное – это постепенное привыкание к солнечным лучам.

Виды мигрени

Мигрень и предменструальный синдром

О взаимосвязи мигрени и предменструального синдрома известно уже давно. Однако ученым до сих пор непонятно взаимодействие этих феноменов: либо мигрень возникает из-за гормональных циклически возникающих сдвигов вследствие целого ряда биохимических изменений, либо изменение порога болевой чувствительности делает развитие мигренового приступа в период предменструального синдрома более вероятным. Однако, так как феномен появления мигреновых приступов в предменструальный период достаточно распространен, эта ситуация требует подробного и детального рассмотрения.

Наличие предменструального синдрома связано с рядом индивидуальных особенностей женщины. К ним относятся: повышенная болевая чувствительность, слабая половая конституция, наличие перенесенных воспалительных гинекологических заболеваний, гипоталамический синдром, различные нейроэндокринные нарушения. Названные причины приведены в порядке увеличения значимости их влияния на проявления предменструального синдрома. При наличии таких нейроэндокринных нарушений, как ожирение, повышенная продукция ряда гормонов (например, пролактина и др.), мигрень носит более выраженную субъективную эмоциональную окраску приступов. Это увеличивает интенсивность и продолжительность страдания. В целом предменструальный синдром характерен для женщин с нарушением нормальной ритмики выработки гормонов. В основе механизмов развития предменструального синдрома лежит как генетическая предрасположенность, так и факторы, воздействующие на организм женщины извне на протяжении всей жизни. Как правило, такими факторами являются выраженные психоэмоциональные и физические стрессы, длительная неблагоприятная психотравмирующая ситуация, а также частые беременности и роды. Именно они являются нагрузкой на гипоталамус, ту часть мозга, которая является важнейшим часовым механизмом гормональной регуляции.

В лечении предменструального синдрома в настоящее время с успехом применяется психотерапия, которая направлена на снижение психоэмоциональной нагрузки как в целом, так и в период предменструального синдрома. Терапевты и эндокринологи довольно успешно применяют для лечения выраженного предменструального синдрома высокоэффективные антидепрессанты, которые также являются средствами профилактики мигреновых приступов. Лечение предменструального синдрома занимаются также гинекологи, которые нередко назначают оральные контрацептивы. Предменструальный синдром при этом снижает свою выраженность, а вот мигрень – не всегда. Обычные анальгетики, используемые для снятия таких симптомов предменструального синдрома, как головная боль и боли в животе, также не всегда эффективны в профилактике и лечении мигрени.

Основой профилактики и лечения мигрени, ассоциированной с предменструальным синдромом, является разработка рационального режима труда и отдыха, снятие психоэмоциональных нагрузок в период перед менструацией, внимательное отношение к своему самочувствию, исключение провокаторов мигрени: пересыпания или недосыпания, стресса, алкоголя, никотина, ряда пищевых продуктов.

Головные боли у женщин в предменструальном периоде, который длится с 14 по 28-й день цикла, обычно относятся к головным болям напряжения или к сочетанию мигрени и головной боли напряжения. Особенностью этих головных болей является не такая значительная их интенсивность, как у классического приступа мигрени. Эти головные боли обычно невыраженные, а главные неприятности женщинам доставляет вся совокупность симптомов предменструального синдрома. К этим симптомам относятся целый комплекс эмоциональных, физических и поведенческих нарушений.

Дело в том, что слишком низкий уровень биологически активного вещества серотонина

вызывает некоторое расширение сосудов, в том числе и головного мозга, а это в свою очередь свойственно как головным болям напряжения в рамках предменструального синдрома, так и приступу мигрени. С этим взаимосвязаны и дополнительные жалобы, предъявляемые женщинами в предменструальный период: у женщин повышается аппетит, появляется стремление к соленому, сладкому, шоколаду и алкоголю. В тяжелых случаях отмечаются психоэмоциональные нарушения, такие как приступы страха и необоснованной паники, уменьшение сексуального влечения, невозможность сконцентрироваться, потеря внимания, тяга к одиночеству.

Несмотря на то что механизмы развития головной боли при предменструальном синдроме изучены недостаточно, довольно точно можно сказать, что в нем принимают участие те же процессы, которые участвуют в развитии мигрени. К ним относят колебание уровня эстрогенов, которое является запускающим, или триггерным, фактором развития головной боли, и понижение уровня женского полового гормона прогестерона и гипофизарного гормона пролактина, совпадающего с резким снижением уровня серотонина, что поддерживает и дает развернуться приступу. Однако выраженность этих изменений незначительна, сдерживается рядом факторов, монотонна, что не дает развернуться приступу классической мигрени. Поэтому приступ мигрени при предменструальном синдроме протекает атипично: как правило, без тошноты и рвоты.

Обычно все вышеуказанные симптомы исчезают с началом менструации, однако очень жаль того времени и возможностей, которые теряет женщина в продолжение всего предменструального синдрома. Как и сама мигрень, тяжело протекающий и ярко выраженный предменструальный синдром лишает женщину возможности вести нормальный образ жизни. Тем не менее вопреки всему сказанному выше большинство женщин предпочитают самостоятельно справляться с предменструальными болями. Как правило, они возлагают надежды на отдых, сокращение рабочего дня или его интенсивности, широко применяемые нестероидные противовоспалительные средства или известные препараты с обезболивающим эффектом.

Как правило, все эти мероприятия и препараты приносят незначительное облегчение.

Менструальная мигрень

Менструальная мигрень – это приступы сильных головных болей, возникающие у женщин в тот момент, когда они меньше всего к стати, а именно в момент критических дней. По наблюдениям шведских ученых-исследователей, 20–30 % женщин испытывают перед менструацией различные болезненные ощущения, а 6 % из них становятся хотя бы на несколько часов полностью нетрудоспособными. Ухудшение самочувствия, слабость, неспособность сконцентрироваться, головокружения и болезненные ощущения в животе и голове естественным образом связаны с гормональными перестройками, происходящими в организме женщины один раз в месяц. А если точно известно, что женщина страдает мигренью, то именно в этот момент она подстерегает ее. И часто мигренозные приступы, ассоциированные с менструацией или предменструальным синдромом, бывают гораздо сильнее по интенсивности и продолжительнее, чем мигрень, возникающая самостоятельно или при других состояниях.

Однако менструальные кровотечения являются неотъемлемым атрибутом женственности, показателем созревания и способности женщины выполнять свои естественные роли жены и матери. Почему же в момент необходимой разгрузки, предопределенной самой природой, когда женщине труднее, чем обычно, справиться с социальными задачами, и когда ей больше, чем когда-либо, хочется покапризничать, поворчать или просто побыть женщиной со всеми свойственными женщинам слабостями, ее настигает боль, с которой и не каждый мужчина в состоянии справиться?

Для того чтобы разобраться в этом вопросе, нужно сначала понять, что же происходит с

организмом при менструации. Дело в том, что в основе протекающих процессов лежат сложные цепи гормональных реакций. В конце менструального цикла (т. е. непосредственно перед менструацией) обычно происходит резкое снижение уровня основных женских половых гормонов – эстрогенов. Известно также, что параллельно уровню эстрогенов в организме обычно изменяется уровень эндорфинов, которые условно называют гормонами радости. Эндорфины, так же как и эстрогены, участвуют в восприятии болевых сигналов. Кроме этого, они способствуют нормализации настроения, возникновению чувства радости и эйфории, подавлению избыточной патологической импульсации, к которой можно с полной уверенностью отнести и болевые ощущения. А это значит, что настроение может снижаться, а порог болевой чувствительности повышаться таким образом, что ощущения, которые не беспокоили женщину в обычном состоянии, теперь стали восприниматься как болевые.

Болевые ощущения при этом значительно усиливают свою интенсивность.

Предклимактерическая мигрень

Довольно часто к терапевтам или эндокринологам обращаются женщины 45–55 лет с жалобами на учатившиеся и усилившиеся приступы мигрени, которые считают, что их мигрень прогрессирует в связи с начинающимся климаксом. При климаксе весь комплекс гормональных перестроек и связанных с ними физиологических изменений приводят к изменению самочувствия и настроения.

Часто в этот непростой для каждой женщины период может обостриться мигрень. Факторы, приводящие к подобным явлениям, изучены современной медициной довольно полно. Главным звеном в цепочке патологических изменений в организме считают изменение уровня женских половых гормонов – эстрогенов. Во время гормональных перестроек при климаксе возникает резкое снижение их концентрации. Не у всех женщин это снижение происходит плавно. А если количество женских половых гормонов снижается резко, то возникает ряд патологических состояний, существенно снижающих качество жизни. Это возникновение приливов, появление эпизодических подъемов артериального давления, остеопороз (разрежение структуры костной ткани), обострение хронических и психосоматических заболеваний, изменение эмоционального и психологического жизненного настроения.

Известно также, что уровень эстрогенов соотносится с уровнем гормонов радости – эндорфинов, поэтому в климаксе часто возникают как колебания настроения, так и его снижение.

Женщине в этот непростой период жизни очень важна поддержка и понимание близких людей, внимание, ощущение защищенности и уменьшение нагрузки. К сожалению, в реальной жизни это далеко не всегда возможно. Как правило, именно в этот период у женщины наблюдается расцвет ее деловой активности. Дети уже подросли и могут сами о себе позаботиться, семейная жизнь устоялась и приобрела размеренные формы, а поэтому можно приложить массу усилий для того, чтобы развиваться дальше в профессиональном и личностном плане, не уступая в энергичности новому поколению. Но в этот момент в жизни женщины появляется коварный и скрытый враг: мигрень – боль, которую трудно преодолеть, которая пожирает время, силы и хорошее настроение.

Очень важно не дать ей занять в жизни ведущие позиции, а бороться с ней правильными и эффективными методами. Чтобы не дать болезни взять верх, первое, что может понадобиться женщине, это консультации опытных специалистов, вооруженных последними достижениями научной мысли, в первую очередь эндокринолога. Задача эндокринолога в данной ситуации состоит в том, чтобы подобрать современный препарат для заместительной терапии. Но часто мигрень не сдает своих позиций. Тогда для качественного и эффективного лечения необходимо проконсультроваться с

невропатологом, который назначит профилактический препарат, эффективно снижающий частоту и интенсивность мигренозных головных болей, и препарат для снятия приступов мигрени. Помните, что лечение мигрени дело кропотливое, требующее терпения и настойчивости. Мигрень у женщин в предклимактерическом периоде небезопасна для мозгового кровообращения.

Мигрень и климакс

Климакс – естественный физиологический процесс, протекающий в организме каждой женщины при достижении определенного возраста и означающий остановку его репродуктивной функции. С наступлением климакса решаются многие проблемы – проблема контрацепции, предменструального синдрома и менструальных болей, связанные с ними эмоциональные колебания.

Однако далеко не у всех женщин климакс протекает гладко. Достаточно часто возникает неравномерное гормональное обеспечение организма, влекущее за собой неприятные ощущения – приливы. Нередко они сопровождаются выраженными эмоциональными изменениями, что является благодатной почвой для проявления мигрени в виде приступа. Однако это вовсе не означает, что после наступления климакса следует сдаться и покорно ждать постоянных головных болей. С наступлением климакса мигрень может как усилить свое течение, так и ослабить его.

Интересно то, что после наступления климакса приступы очень часто изменяются как по интенсивности и продолжительности, так и по сопровождающим симптомам. Головная боль становится более распространенной и не ограничивается по локализации одним полушарием. Приступ может иметь светлые промежутки, в которых голова не болит, но является не совсем свежей. И что очень характерно для климактерической мигрени, анальгетические препараты, ранее помогавшие справиться с мигренью, полностью утрачивают свою эффективность. Мигрень становится неуправляемой. Ранее эффективные немедикаментозные способы купирования боли, такие как стягивание головы полотенцем, горячий душ, сон, становятся гораздо менее эффективными и не ослабляют в полной мере страдания.

Как показали многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых, наличие мигрени после наступления климакса непосредственно связано с наличием патологии в урогенитальной сфере. Поэтому одним из самых важных вопросов, которые могут помочь в решении проблемы мигрени в климактерический период, является регулярное обследование и наблюдение у гинеколога.

Многочисленные существующие препараты гормональной заместительной терапии, позволяющие предотвратить симптомы патологически протекающего климакса, влияют на течение мигрени неоднозначно. Их прием может как уменьшить частоту приступов мигрени, так и увеличить. Решить это можно лишь с помощью подбора наиболее подходящего средства, проконсультировавшись как с лечащим гинекологом, так и с невропатологом.

Мигрень деловой женщины

Выше уже было сказано о том, что мигрень у прекрасной половины человечества встречается чаще, чем у мужчин. Известно также, что мигрень – постоянная спутница высокой мотивации, и часто у людей, имеющих высокую мотивацию достижения, интенсивно трудящихся, думающих и постоянно растущих, мигрень протекает более жестоко, чем у других. В этом плане можно сказать, что мигрень у деловой женщины – это настоящая головная боль, которая не только приносит заботы и беспокойство, но и

срывает все планы и вносит хаос в стройный график задуманных мероприятий.

Мигрень деловой женщины имеет много черт мужской мигрени. Она также приурочена к моменту принятия важных решений, сопровождается напряженной умственной нагрузкой, как правило, обрушиваясь со всей своей мощью на ее пике. Однако нередко мигрень у деловой женщины приурочена к критическим дням, осложняя и без того тяжело протекающий синдром предменструального напряжения, который выражен в той или иной степени у большинства женщин. Обычное решение этой проблемы, а именно прием нескольких видов анальгетиков вместе со спазмолитиками, после ряда лет применения не имеет выраженного эффекта. И тогда на смену приходит именно тот метод, которого мигрень так добивалась, – покой и отдых в течение нескольких часов или даже дней. Все это приводит к неоправданным потерям рабочего времени, изменению сроков в намеченных планах, срыву важных мероприятий.

Часто женщины полагаются на свою выдержку, не прерывая трудовой деятельности в течение всего приступа. Рабочий день проходит в ожидании вечера. А нервная система, потратив все ресурсы на сопротивление боли, нередко дает сбой, проявляющиеся в виде конфликтов с подчиненными и домочадцами, нервных срывов, неоправданных слез и истерик.

Мигрень домохозяйки

Мигрень – широко распространенное заболевание с наследственной предрасположенностью. И хотя протекает она у всех по-разному, именно женщины являются ее излюбленным объектом. Есть данные полагать, что у них она протекает более выражено, чем у мужчин. То, что мигрень – одна из основных жалоб женщин среднего возраста, известно еще из классической литературы.

Прекрасный врач-клиницист А. П. Чехов писал об этом в своих многочисленных рассказах, неоспоримыми достоинствами которых являются редкая наблюдательность, правдивость и описание жизни без прикрас. Именно такой, какая она есть, классической, и бывает мигрень у домохозяек.

У женщин мигрень имеет ряд провоцирующих факторов, некоторые из них наиболее часто встречаются у женщин, занятых именно домашней работой. Домашняя работа никогда не заканчивается. Необходимо успеть приготовить поесть для всей семьи, позаниматься с детьми, спланировать ряд организационных вопросов, которые мужчины нередко перекалывают на хрупкие женские плечи. Психологические исследования показывают, что мужчины очень часто доверяют решение ряда весьма ответственных проблем своим женам, мотивируя это нехваткой времени.

К этим вопросам относится выбор места и времени отдыха, распоряжение имуществом, решение вопросов образования детей. Эти факторы дополняют картину мотивационного перенапряжения, нередко встречающегося у женщин, занимающихся домашней работой. А коварство подобного рода деятельности состоит в усталости от однообразия и невысокой субъективной оценке своей деятельности. Возможности самореализации и дальнейшего интенсивного развития становятся со временем все более и более призрачными, что само по себе имеет ряд осложнений. Женщина приносит себя в жертву детям, благосостоянию семьи, положению и развитию мужа.

Все вышеперечисленные факторы приводят к повышению внутриличностной напряженности и тревожности. Необходимо также отметить, что мигрень может иметь в основе и биохимические сдвиги, происходящие в ходе беременности, родов и кормления. Эти процессы требуют больших энергозатрат, и если они не пополняются, то мигрень не заставит себя ждать.

Однако все решаемо, и мигрень домохозяйки можно предотвратить обычным соблюдением правильного режима труда и отдыха. Необходимо выбрать время для

интеллектуального и физического отдыха, разнообразить жизнь, уменьшить опеку над детьми и обязательно найти себе замену в присмотре за ними. Это могут быть родители, родственники или друзья, няня или сиделка. Театр, кино или просто поход к друзьям без детей оказывают великолепную психологическую разгрузку. Очень полезными бывают дополнительные образовательные программы, которые касаются вопросов здоровья или приобретения новых навыков. Например, устройство на курсы вождения, плавание, роспись по ткани (батик), рисование, йога или танец живота и много-много других интересных занятий.

Именно креативный подход к решению повседневных проблем дает возможность успеть больше, играет новую мелодию во внутрисемейных отношениях, отвлекает от забот и ослабляет течение психосоматических заболеваний.

Мигрень и беременность

Так как мигренью болеют в основном женщины, а именно на прекрасной половине человечества лежит сложное бремя деторождения, то актуальность мигрени во время вынашивания ребенка не вызывает никакого сомнения, особенно учитывая тот факт, что мигрень у беременных часто усиливает свое течение, принося дополнительные трудности будущей маме.

Данные литературы о протекании мигрени у беременных весьма противоречивы. Ряд авторов приходят к выводу о преимущественном уменьшении частоты и интенсивности приступов, некоторые отмечают их повышение, а еще ряд специалистов говорят о том, что мигрень на протяжении беременности проявляется неравномерно, усиливаясь или ослабевая в зависимости от триместра и, что немаловажно, от эмоциональных переживаний, испытываемых беременной женщиной на протяжении всего срока беременности.

Одно известно достоверно: практически у любой женщины во время беременности мигрень меняет свое течение. Случай, при котором мигрень после наступления беременности уменьшила свою агрессивность, не требует дополнительных пояснений. Почему это случается, наука не может до конца объяснить. А случай, когда мигрень после наступления беременности усилилась, требует более пристального внимания.

Всем известно, что беременность представляет для женщины сложное время гормональной перестройки, которая приводит к ряду не совсем приятных изменений в организме. Изменяется аппетит, появляется стремление к определенным продуктам, иногда странное извращение вкуса, организм требует больше отдыха, а иногда и активизируется, изменяется гомеостаз: равновесие внутренней среды организма. Меняется гормональный статус (как половых гормонов, так и гормонов стресса), механизмы иммунной защиты, деятельность желез внешней и внутренней секреции. Иногда мозаика этих изменений складывается так, что гормонально-сосудистый профиль, изначально измененный у женщины с мигренью, нормализуется, что делает возникновение приступа мигрени маловероятным. Но чаще случается наоборот, и тогда у мигрени есть больше претензий к организму, и приступы протекают все более часто и драматично. Особенно часто это происходит при наличии токсикоза у работающей женщины, так как у нее и так имеется перенапряжение энергетических и защитных механизмов. Беременная женщина не должна полагаться на лекарственные препараты для купирования головной боли, так как большинство из них либо строго противопоказаны при беременности, либо в большей или меньшей степени влияют на развивающийся плод. В этом случае уход на больничный лист является наилучшим способом восстановления психологического и энергетического баланса.

Мигрень и гинекологические заболевания

Так как мигрень – заболевание преимущественно женское, то связь с гормональными механизмами регуляции функций организма очевидна. И наличие сбоя в одной из систем, непосредственно связанной с обменом женских половых гормонов, приводит к изменениям течения мигрени, в том числе к различным изменениям в характере мигренозных болей могут привести различные заболевания женской репродуктивной системы.

Одним из самых распространенных гинекологических заболеваний, при котором мигрень имеет тенденцию к большей выраженности своего течения, является эндометриоз. Локализация очагов поражения при этом не имеет принципиального значения, а течение мигрени является по-настоящему драматическим. Зачастую количество дней в месяц без головной боли меньше количества дней, в которые головная боль отсутствует. Гормональные препараты, назначаемые для лечения эндометриоза, в самом начале их применения могут несколько усиливать ее течение. Затем, когда их эффект становится выраженным и начинает влиять на сами очаги эндометриоза, мигрень отступает. Однако данная ситуация требует внимательного и кропотливого подхода как со стороны гинекологов, так и со стороны неврологов, так как основной задачей является подбор такого препарата для лечения эндометриоза, при котором течение мигрени не будет усиливаться.

Похожую связь исследователи обнаруживают и при фибромиоме матки. Однако здесь мигрень имеет более выраженную связь с менструальным циклом, поэтому шансов уменьшить болевые проявления больше, так как можно заранее провести профилактический прием препаратов.

Аденомиоз похож по своему влиянию на эндометриоз. Так же часто возникают приступы и так же выражена интенсивность приступов головной боли. Однако сразу после проведенной операции отмечается резкое снижение частоты и выраженности приступов. Это подтверждает влияние эндокринно-активных узлов на течение мигрени.

Различные воспалительные заболевания женских половых путей, такие как аднексит и другие, не имеют четкой связи с особенностями протекания мигрени.

А вот средства контрацепции влияют на мигрень непосредственно. И в максимальной степени это касается оральных контрацептивов, которые в последнее время становятся все более распространенными и доступными. Именно они являются приоритетным решением вопроса контрацепции. Однако применение гормональных контрацептивов в индивидуальном порядке может привести к утяжелению течения мигрени. Сказать о том, что один препарат имеет преимущество перед другим по этому вопросу, нельзя. Чувствительность мигрени к оральным контрацептивам не носит закономерного характера. Препарат, вызывающий усиление мигрени у одной женщины, может вызывать ее ослабление у другой и наоборот. Однако, некоторые предварительные данные говорят о том, что препараты последнего поколения (особенно трехфазные и мини-пилюли) меньше влияют на течение мигрени.

Мигрень и гипертоническая болезнь

Четко установлено, что и мигрень, и артериальная гипертония относятся к психосоматическим расстройствам, т. е. так или иначе связаны с психоэмоциональными переживаниями. И оба заболевания имеют четко выраженную наследственность. Различаются они по времени первичного появления: мигрень впервые возникает в возрасте 18–25 лет и затем лишь усиливает свою выраженность, а гипертоническая болезнь дебютирует чаще всего в возрасте 30 лет и старше.

И то и другое заболевание в последнее время заметно молодеет. Все чаще терапевты

обнаруживают повышенное артериальное давление у пациентов, не достигших 30 лет, а мигрень показывает свое агрессивное течение у наиболее работоспособной части популяции в возрасте 25–30 лет.

Проведенные научные исследования не показывают прямых влияний этих заболеваний друг на друга. Однако общий патогенетический корень, т. е. одна причина, приводящая к их развитию и прогрессированию, требует повышенного внимания врача в случае сочетания двух болезней. И по мнению большинства исследователей, этой причиной является психоэмоциональный стресс. Говоря простым языком, стресс представляет собой явление, возникающее в том случае, когда имеется значительный разрыв между желаемым и действительным. Он возникает в ситуациях, когда желаемое труднодоступно и человек не может полноценно влиять на окружающую действительность. В этой ситуации человек испытывает значительный эмоциональный дискомфорт, снижение настроения, что приводит к целому ряду изменений: биохимических, электрофизиологических, а также тканевых. Снижается уровень иммунной защиты, изменяются реологические свойства крови, проницаемость сосудистой стенки. Так как в условиях стресса организм функционирует в режиме максимальной энергоотдачи, то тратятся незаменимые и невозобновляемые ресурсы. К ним относятся важные и незаменимые аминокислоты и витамины, энергетический запас клеток.

Клетки головного мозга очень чувствительны к истощению энергетических ресурсов. Соответственно при их истощении они реагируют повышенной электрической активностью, в ходе которой возникает приступ мигрени, укладывающий человека в постель с одной единственной целью – для возобновления потраченных ресурсов.

В случае гипертонической болезни большее значение имеет выброс в кровь основных стрессорных гормонов – адреналина и норадреналина. Именно они вызывают сужение периферических сосудов, что приводит к повышению артериального давления в крупных сосудах.

К сожалению, обычно люди, страдающие мигренью и артериальной гипертензией, начинают придавать им значение, когда заболевания уже перешли в стадию выраженных изменений и значительно влияют на жизнедеятельность, ограничивая трудоспособность. Хотя для того, чтобы оба эти заболевания не развивались, необходимо своевременное применение лекарственных средств, которыми располагает современная медицина.

Мигрень, вегетососудистая дистония и сосуды

Специалисты считают вегетососудистую дистонию базой и основой развития и существования мигрени. Известно, что мигрень – заболевание нервной системы, и именно той ее части, которая называется вегетативной, или автономной, нервной системой. Эта часть нервной системы отвечает за поддержание и правильное адекватное осуществление жизненно важных функций, таких как сердцебиение, дыхание, пищеварение. Именно вегетативная нервная система отвечает за иннервацию сосудов и органов, от состояния которых зависит самочувствие человека, а также его жизнь. К каждому, даже самому крошечному, сосуду подходят тончайшие нервы, которые передают сосудистой стенке команды и сигналы головного мозга. Кроме того, что имеется регуляция сосудов снаружи, имеется также их регуляция изнутри: с помощью биологически активных веществ, которых в организме огромное множество и которые действуют слаженным и связанным друг с другом образом. Ярким примером работы вегетативной нервной системы является изменение цвета лица при стрессе, при котором некоторые люди бледнеют, а другие краснеют. То, что именно происходит в этот момент в организме, можно назвать борьбой двух гигантов, двух частей вегетативной нервной системы (симпатической и парасимпатической), действующих разнонаправленно и вместе с тем в комплексе. Если берет верх парасимпатическая часть вегетативной нервной системы, то сосуды

расширяются (лицо краснеет), если симпатическая – то сужаются (человек становится бледным). А на практике это происходит, как правило, поочередно.

Кроме иннервации сосудов, вегетативная нервная система отвечает за потоотделение, слюноотделение, пищеварение и многое другое. И когда эти функции нарушаются, то наиболее частой причиной является именно дисбаланс или нарушения в системе вегетативной иннервации.

Одним из ярких проявлений вегетососудистой дистонии являются слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, высокая чувствительность к раздражающим факторам внешней среды, выраженная стрессодоступность. В ряде случаев предрасположенность к вегетативным реакциям передается по наследству, но чаще всего они являются результатом перегрузки или неправильного использования ресурсов нервной системы. Отсутствие должного отдыха, придание даже незначительным фактам сверхценной значимости, а также подверженность выраженным стрессам, которые сопровождаются негативными эмоциями, – все это приводит к истощению вегетативной нервной системы, к ее лабильности, т. е. выраженным резким колебаниям.

Вегетативная нервная система тесно связана с психоэмоциональным состоянием человека, ведь именно информационный поток и субъективная оценка конкретных фактов играют важнейшую роль в регуляции состояния как эмоциональной сферы, так и вегетативной нервной системы.

Необходимо также затронуть проблему взаимоотношения боли и состояния вегетативной нервной системы. Дело в том, что переживание выраженных болевых ощущений также сопровождается негативной эмоциональной окраской, длительные и частые приступы боли также способны в значительной степени истощать нервную систему. А это в свою очередь приводит к повышению восприимчивости и чувствительности, что увеличивает вероятность возникновения следующего болевого приступа.

Мигрень и зрение

Современные исследования функции зрительного анализатора показали наличие его особенностей у пациентов с мигренью, в отличие от здоровых субъектов. В состав зрительного анализатора входит не только глазное яблоко с его мышечным аппаратом, но и проводящие пути зрительного нерва, а также участок коры головного мозга в затылочной области (так называемый высший корковый центр зрения).

У пациентов с мигренью обнаружен повышенный уровень возбудимости коры головного мозга, что приводит к повышенной возбудимости и восприимчивости зрительного анализатора. Дополнительная нагрузка на орган зрения приводит к повышению нестабильности нервной системы, повышению риска возникновения мигренозного приступа.

Одной из наиболее распространенных причин повышения напряжения зрительного анализатора является отсутствие коррекции нарушенного зрения или его неправильная коррекция. При близорукости или дальнозоркости недостаточно проводить постоянный контроль за изменением зрения. Необходимо проведение комплекса специальной гимнастики, позволяющий приостановить дальнейшее прогрессирование снижения остроты зрения.

Очень важным является вопрос, носить очки или нет. Пациенту с мигренью ни в коем случае нельзя пренебрегать советами окулиста по применению очков для чтения и для дали. Применять очки для дали при работе за компьютером или при чтении не разрешается. Также очки для чтения неэффективны у пациентов с дальнозоркостью и могут принести лишь дополнительный вред. Кроме правильно подобранных диоптрий, необходимо проверить правильность подбора расстояния между центрами глаз.

Несколько слов необходимо сказать о применении солнцезащитных очков. Их частое ношение снижает дополнительную нагрузку на мышечный аппарат глаза и благотворно действует на течение мигрени, снижая вероятность внеочередного приступа.

А вот работа за компьютером или сидение за рабочим столом с неправильно подобранным освещением значительно увеличивают эту вероятность. Так как изображение на экране компьютера представляет собой высокочастотную подачу изображения, то приводит к росту напряжения в зрительном анализаторе и в нервно-мышечном аппарате глазного яблока. Поэтому предусматриваются следующие рекомендуемые ограничения для работы на компьютере: в течение каждого часа работы за компьютером необходимо делать короткие (5-минутные) перерывы. Общая продолжительность работы за компьютером не должна превышать 6 ч в день с учетом часового перерыва в середине этого рабочего дня.

Длительное утомляющее вождение автомобиля на большие расстояния также может способствовать возникновению приступа. Это связано как с повышенной нагрузкой на орган зрения, так и повышенным напряжением внимания, что в целом приводит к появлению повышенной возбудимости коры головного мозга. А действие такого провоцирующего фактора, как выхлопные газы, от которых не удастся в полной мере защититься ни водителю, ни пассажиру, может инициировать начало приступа.

Мигрень и герпес

Простой герпес – одно из самых распространенных вирусных заболеваний, вызывается вирусом простого герпеса. Считается, что вирусносителями являются 95 % населения земного шара. Однако после первых клинических проявлений, которые обычно возникают в детстве в возрасте от 2 до 4 лет и выражаются в виде пузырьковых высыпаний на слизистой полости рта, формируется иммунитет, не позволяющий вирусу размножаться. Однако это не значит, что вирус полностью исчез из организма. В течение долгих лет он дремлет в узле тройничного нерва, который находится в области нижнечелюстного сустава, активизируясь в случае снижения иммунитета, переохлаждения, перенесения простудного заболевания.

Именно тройничный нерв иннервирует сосуды головного мозга и мозговые оболочки (в том числе и мягкую), в которых при мигрени возникает асептическое немикробное воспаление. Состояние, при котором имеются пузырьковые высыпания на слизистых оболочках, резко увеличивает вероятность возникновения приступов мигрени. Это связано с целым рядом факторов. В первую очередь, это возникновение местной воспалительно-аллергической реакции, затрагивающей периферические ветви тройничного нерва. При этом нестабильность в системе тройничного нерва резко возрастает, приводя к увеличению колебаний биоэлектрической активности. Это в свою очередь может привести к повышению уровня мозговой возбудимости, от которой к возникновению приступа рукой подать.

Воспалительная и аллергическая реакция на герпес также меняет порог болевой чувствительности в области головы и лица. А это приводит к тому, что приступу гораздо легче начаться при воздействии стимулов, меньших по интенсивности воздействия (например, при локальном воздействии холодного воздуха на кожу и слизистые оболочки в области лица).

И наконец, настроение. Никому не приятно, когда на губах выступают малопривлекательные пузырьки, которые имеют склонность лопаться в неподходящий момент и оставлять после себя покрытые корочками эрозии. Современные исследования показали, что возникновение герпеса приводит к снижению настроения на 10 и более процентов от общего фона. А изменение настроения делает возможность возникновения приступа мигрени еще более вероятной.

Все вышеперечисленные факты наводят на мысль о том, что при наличии герпетических высыпаний на губах и в носовой полости человеку рекомендуется снижение нагрузки, уменьшение влияния раздражающих факторов для уменьшения риска возникновения приступа мигрени.

Для того чтобы герпетические пузырьки не появились, человеку, имеющему предрасположенность к их высыпанию, рекомендуется применение специальных мазей и лекарственных препаратов с противовирусной активностью.

Кроме того, можно прижигать пузырьки спиртом, что способствует увеличению притока иммуноглобулинов к поврежденному месту, что также уменьшает выраженность высыпаний.

Однако пациенту с мигренью, у которого появился герпес на слизистых, необходимо иметь под рукой какой-либо лекарственный препарат для быстрого и эффективного купирования внеочередного приступа. Это позволит избежать неприятных ощущений боли и снизит риск возникновения приступов, увеличенный появлением герпеса.

Мигрень и аллергические реакции

Сочетание этих двух расстройств в последнее время встречается все чаще и чаще. В век информационных технологий неправильная переработка или неверное восприятие полученной информации приводят к тому, что ее реализация протекает соматически. И это верно для обоих случаев: как для мигрени, так и для аллергических реакций и проявлений.

Аллергические реакции могут появляться в ответ на минимальные по интенсивности стимулы. Количество аллергена (т. е. вещества, способствующего возникновению аллергической реакции) может быть ничтожно мало, но все же достаточно, чтобы привести к развитию реакции, иногда даже угрожающей жизни человека.

Современная психология связывает оба расстройства похожими механизмами развития. Психологи обнаруживают в обоих случаях наличие так называемой дефицитарной агрессии (аутоагрессии), или агрессии, направленной на самого себя.

В основном можно выделить несколько факторов, способствующих выраженности течения мигрени и аллергии. Важнейшим из них является психическая дезадаптация, т. е. нарушение способности психики адекватно реагировать на различные раздражители. В ходе эволюции сформировалась определенная агрессивная поведенческая реакция, которая в условиях действия психотравмирующего фактора способствует наиболее эффективному снятию эмоционального напряжения, выплескивая его наружу. В связи с меньшей состоятельностью механизмов психологической защиты этот выплеск происходит не наружу, а внутрь, т. е. аутоагрессивно.

Вследствие перехода внешней агрессии в аутоагрессию изменяется интенсивность течения и выраженность клиники при мигрени. Важным фактором развития заболеваний может быть неосознанная желательность заболевания. Эта система патологической адаптации встречается редко, лишь тогда, когда наличие приступа избавляет от более значимых для личности проблем, чем проблемы, вызванные самим приступом. Человек может подсознательно желать заболеть также и в том случае, когда ему необходимо внимание. А единственным способом его получить является болезнь.

В ходе изучения личностных особенностей ряд авторов выделил в обоих случаях высокий уровень мотивации при недостаточном развитии способов преодоления стресса, непродуктивные механизмы психологических защит, сочетание противоречивых черт характера. К характерным чертам относились: высокий самоконтроль, заставляющий избегать малопредсказуемых ситуаций и видов деятельности, внутренний запрет на проявление сильных чувств.

Описывая свой характер, 70 % пациентов отмечали ранимость и повышенную

чувствительность. В равной степени это относилось как к физическим, так и психологическим факторам (нюансы отношений к другим людям, эмоциональные реакции на свои и чужие поступки).

Пациенты с мигренью и аллергией нередко испытывают трудности в принятии и отстаивании собственного решения, они часто не способны сказать «нет», чтобы ограничить притязания окружающих к собственной личности. Вместе с тем они достаточно трудно переносят критику со стороны окружающих, проявления неприязни, нуждаются в уважении своей персоны, что связано с постоянным желанием находиться в центре внимания.

Таким образом, можно выделить ряд отличительных особенностей, характерных как для пациентов с мигренью, так и для страдающих аллергией: отсутствие выхода агрессии во внешнюю среду, дефицитарность и обращенность на себя (аутоагрессия). При этом степень выраженности психосоматических проявлений напрямую коррелирует с тяжестью течения мигрени.

Мигрень и другие заболевания

Статистические данные говорят о высокой представленности и распространенности других заболеваний у пациентов с мигренью. Наиболее часто встречается синдром вегетативной дистонии, которая крайне сложно поддается лечению и значительно снижает уровень жизни пациента. К проявлениям синдрома вегетивной дистонии относят локальную или распространенную повышенную потливость (гипергидроз), метеочувствительность, склонность к покраснению или побледнению кожи в ответ на действие незначительных раздражителей, ощущения страха, лабильность артериального давления и пульса, сердцебиения, ощущения нехватки воздуха. Все вышеперечисленные симптомы возникают на фоне психоэмоциональных расстройств: при повышенном уровне реактивной и личностной тревоги, депрессии, завышенных показателях агрессии и аутоагрессии.

Универсальных средств для лечения синдрома вегетативной дистонии нет. Специалисты с определенным успехом применяют ряд классических антидепрессантов с вегетотропной активностью или транквилизаторов с некоторым активизирующим действием. И конечно, незаменимую роль в этой ситуации играет правильно налаженная психотерапия. Она направлена как на устранение актуального психотравмирующего фактора, так и на повышение стрессоустойчивости данной личности в целом.

Многими исследованиями было показано, что у пациентов с мигренью также нередко встречается обычная головная боль – головная боль напряжения, которая по своим характеристикам выражено отличается от мигрени. Эта головная боль значительно меньше по интенсивности, продолжительности и не столь значительно влияет на общее самочувствие. Чаще всего головная боль напряжения двусторонняя, локализуется в области висков, лобной и затылочной области. Пациенты с мигренью всегда легко различают эти два вида головной боли.

Однако два этих вида головной боли имеют различные этиологические причины, различный патогенез, различные механизмы проявления боли, соответственно и разные методы лечения. Если простые анальгетические препараты, такие как аспирин, анальгин, нурофен, эффективны в лечении головной боли напряжения, то в случае мигрени они должны приниматься только в исключительных случаях. Дело в том, что для снятия мигренового приступа обычной дозы недостаточно, а доза, позволяющая на некоторое время облегчить боль, обычно имеет токсическое побочное действие. При длительном применении эти препараты в первую очередь отрицательно влияют на детоксикационную и другие важные функции печени и на почки. Большие дозы анальгетиков приводят к серьезным изменениям функции и структуры сосудов, системы кровотока и нервной

системы. Опытные специалисты, занимающиеся изучением мозга с помощью электроэнцефалографии, всегда могут определить прием большой дозы анальгетиков по ритмам электрической активности головного мозга даже несколько дней спустя.

Следующей по распространенности патологией, часто встречающейся у женщин, страдающих мигренью, является патология гинекологической сферы. По данным исследователей, у пациенток, имеющих осложненный гинекологический анамнез, мигрень протекает более агрессивно и выражено. И это понятно, так как мигрень представляет собой связанное с гормональной сферой заболевание. Частота приступов у таких пациенток превышает 2 раза в месяц и доходит до нескольких раз в неделю. Длительность и интенсивность приступов также оказывается более высокой, чем у пациенток с отсутствием патологии гинекологической сферы. Имеется ряд данных, что проведение радикального (т. е. оперативного) лечения целого ряда гинекологических заболеваний у пациенток с мигренью приводит к уменьшению выраженности течения мигрени.

Очень часто наблюдаются различные нарушения психоэмоциональной сферы. И здесь можно наблюдать развитие классического патологического замкнутого круга: боль при приступе вызывает снижение настроения, которое в свою очередь повышает болевую восприимчивость, что еще более усугубляет болевые проявления и приводит к еще более выраженному снижению настроения.

Подростковая мигрень

Подростковый возраст считается тем периодом, в который мигрень возникает чаще всего. Для этого существует ряд предпосылок. Одними из самых важных факторов врачи справедливо считают гормональные изменения, происходящие в этом возрасте. Организм, как и любая сложная система, с трудом перестраивается на новый режим функционирования с резким включением новой его функции – половой. В этот период у девочек значительно возрастает уровень половых гормонов – эстрогенов. Именно уровень эстрогенов определенным образом достоверно связывается учеными с возникновением мигреневых приступов. А поэтому мигрень в подростковом возрасте намного чаще бывает у девочек, чем у мальчиков, у которых к возникновению приступов приводят другие причины.

Факторы, приводящие к развитию мигрени в столь раннем возрасте, весьма разнообразны. Один из самых главных – это наследственность. То, что мигрень имеет наследственный характер, известно ученым на протяжении многих лет. В последнее время установлено, что наличие мигрени у одного из родителей дает вероятность развития мигрени у ребенка в 70 % случаев. Если мигренью страдают оба родителя, то эта вероятность увеличивается до 100 %. Интересно, что наследуются не только особенности характера болей, но и чувствительность к тем или иным провоцирующим факторам, которые, как известно, сугубо индивидуальны у каждого человека.

Особенности строения костного скелета также могут оказать влияние на течение мигренозного приступа. Наличие дисфункции шейного отдела позвоночника, его искривления при достаточно высокой нагрузке у школьников также могут вносить свою лепту в интенсивность болевых ощущений и частоту возникновения приступов.

Но важнейшим фактором развития приступа служит умственная нагрузка, а точнее, ее неправильное распределение. Известно, что у пациентов с мигренью несколько нарушена переработка информации. Они могут прекрасно ее получать и хранить, но именно излишне тщательная переработка огромного информационного вала, обрушивающегося на современного человека, приводит их к перегрузке, а возникает это из-за повышенного чувства ответственности и слишком серьезного отношения к делу.

Многие специалисты считают, что мигрень детей – плата за высокую социальную активность их родителей, которые своим примером показывают высокие мотивационные

качества и готовность справиться с любой задачей, не заботясь о своем здоровье. Дети таких родителей активно заимствуют поведенческий стереотип при их активном или молчаливом одобрении. Но детский организм не готов к подобной ноше, и срывы неокрепших систем психологических защит случаются чаще, чем у взрослых. К психоэмоциональным факторам, вызывающим развитие мигрени в данном возрасте, можно отнести: умственное переутомление и информационные перегрузки, нарушение режима труда и отдыха, неблагоприятную внутрисемейную обстановку, а также такие личностные черты, как повышенная ответственность, упрямство, нетерпеливость. Исходя из всего вышеперечисленного можно сделать вывод о различных путях их преодоления.

Во-первых, необходимо, насколько это возможно, снять излишнюю зацикленность ребенка на поставленных перед ним задачах, научить его активно и правильно расслабляться, а также выбирать правильные способы эмоциональных реакций на происходящие в его жизни события и перемены. Кроме этого, для ребенка в подростковом возрасте чрезвычайно важны родительское понимание и одобрение, ощущение крепкого родительского плеча, на которое можно опереться.

Следующим немаловажным фактором возникновения мигрени в этой возрастной группе является так называемое болевое поведение. Дети склонны во многом копировать поведение взрослых, а уж тем более своих родителей. Видя, что мама или папа после сложных стрессовых ситуаций страдают от мигренозной боли, ограждая себя таким образом от дополнительных раздражающих стимулов и снимая с себя на время болевого приступа некоторую ответственность за происходящее, дети часто копируют этот поведенческий стереотип. Это несет ряд так называемых вторичных выгод от заболевания. Ребенка, страдающего от боли, родители скорее будут жалеть, заботиться о нем, чем проявлять строгость и выяснять его настоящие неудачи и проблемы, с которыми он, как правило, не может обратиться к ним напрямую, боясь наказания или холодного обращения. Таким образом, возникающий болевой приступ становится своеобразным проявлением языка тела, просящего ласки, внимания и любви.

И конечно, ни в коем случае нельзя оставлять ребенка без соответствующего лечения, позволяющего быстро и эффективно купировать болевой приступ, восстановив таким образом нормальную работоспособность, хорошее настроение и самочувствие. Если оставить мигрень без лечения, то она может значительно затормозить развитие личности. Задача родителей в данном случае состоит в том, чтобы дать своим детям все шансы для саморазвития и самореализации.

Мужская мигрень

Установлено, что мигренозные приступы могут возникать и у мужчин. Однако течение мигрени у сильной половины человечества имеет свои особенности. У мужчин в гораздо меньшей степени выражена цикличность физиологических процессов, чем у женщин. Также меньшее значение имеют гормональные аспекты. Однако не секрет, что мужчины более подвержены психоэмоциональным стрессам, физическим перегрузкам и воздействию большего количества неблагоприятных факторов внешней среды. К ним можно отнести курение, употребление алкогольных напитков, ненормированную трудовую нагрузку.

Данные ряда исследований говорят о том, что мигрень у мужчин встречается гораздо реже, чем у женщин. Однако течение приступов у мужчин более агрессивное. Приступы, как правило, возникают реже, чем у женщин, но протекают драматичнее, и повышается риск возникновения осложнений. Ведущим фактором наличия мигрени у мужчины является наследственность. Очень часто мигренью страдают оба родителя. Течение многих заболеваний в наш век скоростей отличается такой особенностью, что в следующем поколении наследственное заболевание течет более тяжело, чем в

предыдущем. Это правило относится и к мигрени и имеет большую выраженность у мужчин.

Очень важным является точная диагностика мигрени у мужчин, так как у них мигренозные приступы часто протекают атипично. Нередко отсутствует привычная асимметрия болевого очага, т. е. локализация болей в одной половине головы. Боль локализуется не с одной стороны, как в классическом описании, а может локализоваться в лобной области, затылочно-теменной или даже сразу распространяться на всю голову. Однако сохраняются неизменными остальные обязательные признаки мигрени. К ним относят пульсацию боли, наличие тошноты и, возможно, однократной рвоты, большую продолжительность и неэффективность приема обычных анальгетиков.

У мужчин нередко встречается и другой вид головных болей, которых никогда не бывает у женщин. Эти головные боли характеризуются невыносимыми по интенсивности приступами и протекают в основном в ночное время. Так как приступ возникает внезапно, длится несколько десятков секунд и затем исчезает, возобновляясь через несколько минут, исследователи описали его как кластерную головную боль. Этот вид головных болей имеет несколько другую природу и другое профилактическое лечение. Поэтому при таком виде головных болей консультация опытного специалиста необходима.

Излюбленными объектами мигрени являются мужчины, занимающиеся высокоинтеллектуальной деятельностью. Как правило, мигрень сопровождает их по мере создания различных проектов, принятия значимых решений, достигая на пике умственной нагрузки. Этот феномен был многократно описан в художественной литературе. Тяжелой мигренью страдал Ницше, что и придало его философии несколько мрачную окраску. Михаил Булгаков воссоздал свои ощущения в романе «Мастер и Маргарита», передав их прокуратору Понтию Пилату в момент его решения судьбы Христа.

Особое значение нужно придать осложнениям мигренозного приступа, чаще возникающим у мужчин в силу особенностей протекания у них мигрени. Нередко из-за изменений мозгового кровообращения в ходе приступа ухудшается память, быстрее возникает умственная утомляемость, отмечается рассеянность внимания. В 5 % случаев инсульта головного мозга ему предшествовал затяжной приступ мигрени.

Все это говорит о том, что мигрень у мужчин нуждается в особом внимании и обязательном лечении.

Применение обычных анальгетиков достаточно быстро показывает свою неэффективность в ходе лечения мужской мигрени. Поэтому, как показывает практика, мужчины часто склоняются к тому, чтобы просто переносить боль как неизбежное зло, преодолевая ее, несмотря на усиление головной боли при умственной и физической нагрузке. Это приводит к колоссальным энергетическим и метаболическим затратам.

Специализированное лечение мигрени у мужчин очень важно, так как наличие мигрени повышает риск сосудистых мозговых катастроф. Кроме применения ряда специальных препаратов, показано применение профилактического лечения, проведение психотерапии, релаксации, аутогенной тренировки.

Мигрень и кластерная головная боль

Кластерная головная боль – один из редких видов головной боли, которая встречается почти исключительно у мужчин. Те редкие случаи, когда кластерная головная боль появляется у женщин, связаны с наличием в прошлом перенесенных сложных гинекологических операций.

Эта головная боль имеет свои особенности течения. В некоторых чертах она похожа на мигрень, но также имеет свои характерные особенности, не встречающиеся ни при каких других видах головной боли.

К этим особенностям можно отнести в первую очередь характерную периодичность

приступов очень сильной боли, при которой пациент не может сохранять спокойствие, а мечется по комнате, не находя себе места. К счастью, приступы очень короткие – от 30 с до нескольких минут, но идут сериями с промежутками от 5 мин до 1 ч. Как правило, приступы возникают ночью, и их количество редко бывает больше пяти-шести.

Кластерная боль относится к тем редким формам головной боли, которые будят больного, заставляя его вставать с постели. Никакие средства, принимаемые пациентами при обычной головной боли, не в состоянии предотвратить или приуменьшить ее в тот момент, когда она уже возникла.

Кластерная головная боль имеет сезонность: в осенне-зимний и зимне-весенний периоды приступы возникают намного чаще, чем обычно, и протекают более драматично. Летом подобных приступов, как правило, не бывает.

В чем причина возникновения кластерных головных болей, какие факторы приводят к ее развитию, что может быть эффективным в ее лечении? На многие вопросы наука даже на современном этапе развития продолжает искать ответы.

Но есть ряд интереснейших факторов, которые уже известны врачам и исследователям. Имеются в виду особенности гормонального обмена у мужчин, страдающих кластерной головной болью. Выявлено, что в структуре молекулы мужского полового гормона тестостерона возникают определенные нарушения, что обуславливает нарушение его обмена. Эти изменения сказываются даже на внешности пациента.

Внешне такие мужчины выглядят очень мужественно, имеют развитую мускулатуру и широкие плечи, а поперечные складки, идущие от бровей вверх, придают лицу особое выражение, называемое в литературе ликом льва. Внешние проявления имеют резкий диссонанс с глубинными психологическими характеристиками пациентов.

Глубоко внутри это очень чувствительные, ранимые, нежные и несколько инфантильные люди. Именно за это различие неврологи иногда называют их «львами с сердцем мыши». Однако, несмотря на наличие сложной личностной структуры пациентов, скрытые тревожные мотивы, психотерапевтическое лечение оказывается бессильным против боли, которая во многом обусловлена гормональными и биохимическими факторами.

В качестве профилактического средства для лечения болевых приступов хорошо зарекомендовал себя карбонат лития, который относится к классу мембраностабилизаторов и нормотимиков, т. е. препаратов, нормализующих настроение. Нужно отметить, что этот препарат очень токсичен, требует соблюдения особой диеты и постоянного наблюдения у врача.

Также для профилактики являются эффективными препараты, предназначенные для лечения эпилепсии (противосудорожные и антиэпилептические средства), в частности финлепсин. Из препаратов, относящихся к противоболевым, эффективен только лишь индометацин (нестероидный противовоспалительный препарат) в больших дозах. Однако его прием очень часто приводит к развитию осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, в том числе эрозивных проявлений желудка и двенадцатиперстной кишки, поэтому его прием допустим лишь эпизодически.

Для назначения профилактического лечения необходимо обратиться к невропатологу, который специализируется на лечении мигрени. Важно соблюдение режима труда и отдыха, избегание психотравмирующих ситуаций, являющихся провокаторами мигренового приступа.

Мигрень и другие виды головных болей

Мигрень является второй по распространенности головной болью после головной боли напряжения, которая связана с умственным напряжением и развивающимся в связи с этим напряжением мышц головы и шеи. Однако нужно отметить, что эти виды головных болей достаточно часто сосуществуют и пациенты с мигренью легко различают их по

характерным симптомам.

Головная боль напряжения обычно бывает двусторонней, симметричной и по своей интенсивности редко достигает 5 баллов по 10-балльной шкале. Она не усиливается при совершении физических усилий и редко сопровождается тошнотой. Рвоты при ней не бывает никогда. Обычные анальгетические препараты при ней бывают весьма эффективны, и в отличие от мигрени одной таблетки бывает достаточно для того, чтобы полностью подавить боль. Главное ее отличие от мигрени состоит в том, что головная боль напряжения возникает и развивается постепенно, а приступ мигрени возникает внезапно и часто имеет предшествующую ауру: повышенную чувствительность к запахам, зрительные нарушения, нарушения настроения.

Следующий по распространенности вид головной боли – сосудистая головная боль. Эта головная боль зависит от уровня артериального давления. Головная боль может возникать как при повышенном, так и при пониженном давлении. Оба расстройства тяжело поддаются терапии и требуют пристального внимания со стороны терапевта. В обоих случаях головная боль локализуется в затылочных областях, является симметричной, нередко пульсирует, сопровождается недомоганием в виде общей слабости, желанием прилечь. Головная боль при гипотонии характерна для людей астенического телосложения – хрупких и изящных, она очень невысокая по интенсивности, однако из-за своей монотонности является весьма изматывающей.

Головная боль при гипертонии легко узнается людьми, страдающими от повышения артериального давления. Она сопровождается особым ощущением тяжести в голове, особенно в затылочных и лобных областях, сопровождается резким снижением продуктивности умственной деятельности, сопровождается тошнотой и иногда рвотой. Этот вид головной боли весьма хорошо отвечает на препараты, предназначенные для понижения артериального давления.

Следующими по распространенности в популяции являются головные боли, связанные с травмой. Особенностью является четкое начало: они возникают, как правило, в первые две недели после травмы. Наличие головных болей после перенесенных легких черепно-мозговых травм более характерно, нежели после тяжелых. Острая боль, связанная непосредственно с травмой, исчезает в течение 8 дней после травмы.

Особое внимание стоит уделить головным болям, которые связаны с органическими процессами, происходящими в головном мозге. Поскольку эти изменения так или иначе связаны с повышением внутричерепного давления, то такая боль будет иметь свои четко очерченные характеристики. Локализуемая в лобных и теменных областях, постепенно и равномерно нарастающая, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, она возникает чаще всего по утрам. Рвота приносит пациенту облегчение, так как приводит к потере жидкости и снижению внутричерепного давления. При мигрени рвота облегчения не приносит.

В последнее время увеличилось число головных болей, связанных с применением лекарств или их отменой, так называемых абюзусных головных болей. К ряду препаратов, способных вызвать этот вид головной боли, относятся эрготамины, кофеин, бензодиазепины, барбитураты, наркотические вещества. Чаще же всего этими лекарствами являются анальгетические препараты – анальгин, аспирин, парацетамол и их производные.

Пациенты, страдающие на протяжении длительного времени мигренью и другими головными болями, часто ведут непрерывный и обильный прием анальгетиков. У них возникает так называемая анальгетик-индуцированная головная боль. Эта боль невысокой интенсивности, очень продолжительная, несколько уменьшающаяся при приеме анальгетика и возобновляющаяся через короткое время до следующего приема. Подобное состояние связано с формированием патологического замкнутого цикла.

Первой рекомендацией врача при выявлении этого вида головной боли должна быть срочная отмена всех анальгетиков или же замена их другими, которые пациент не принимал до этого. Необходимо отметить, что физическая зависимость от анальгетиков

приносит огромный и невосполнимый вред многим внутренним органам – печени, почкам, сосудам. Именно пациенты, злоупотреблявшие анальгетиками в течение длительного времени, являются постоянными хроническими пациентами специализированных нефрологических и гепатологических отделений.

Часто у больных, помимо физической зависимости, возникает и психологическая, которая усиливает веру в лекарства и мешает пациентам достигнуть улучшения своего состояния другими методами, например за счет психотерапии.

Редкими видами головной боли, которые значительно отличаются от мигрени, являются холодовая, оргазмическая, гипогликемическая и другие боли.

Особым видом головной боли является кластерная головная боль. Ее особенностью являются преимущественно ночные приступы, отличающиеся своеобразным течением, кратковременностью, заложенностью носа и покраснением глаза на стороне боли. Характерно возбужденное поведение пациентов во время приступа. Подробно о кластерной головной боли было сказано выше.

Трансформированная мигрень

Понятие трансформированной мигрени известно и понятно только узким специалистам-невропатологам, которые давно занимаются данной проблемой. Трансформация представляет собой видоизменение приступов по мере течения заболевания. Замечено, что с годами приступы мигрени становятся менее интенсивными, но более продолжительными. Характеристики боли также начинают постепенно отличаться от обычных: боль становится более распространенной, меньше выражена пульсация сосудов, тошнота при приступах бывает редко. Однако приступ длится гораздо дольше и зачастую оставляет после себя «хвост» из менее интенсивной монотонной боли, которая продолжается днями и плохо снимается анальгетиками. Промежутки между приступами становятся меньше, и «светлые» дни без боли уменьшаются.

Такая боль, продолжающаяся более 20 дней в месяц, называется ежедневной головной болью напряжения и представляет собой серьезную проблему как для пациента, так и для врача.

Трансформированная боль гораздо труднее поддается лечению, чем классическая. Это связано с тем, что ставшие привычными для человека изменения воспринимаются организмом как норма и ограничивают возможности реализации естественных антимигреновых механизмов. Также значимыми являются и биохимические изменения в обмене головного мозга, и определенные личностные качества, появляющиеся в ходе влияния болезни на личность.

Особую роль играет прием анальгетиков – обезболивающих препаратов, ставших привычными для снятия приступа. Пациенты с трансформированной мигренью поглощают их в немыслимом количестве: до 50–150 таблеток в месяц. Постепенно анальгетики входят в естественные биохимические процессы организма, самостоятельно вызывая анальгетик-индуцированную, или абзусную, боль. Возникает порочный замкнутый круг, разорвать который можно только полной отменой анальгетика или заменой его на препарат другого класса. Однако делать это самостоятельно в домашних условиях ни в коем случае не надо. Осуществлять переход на новый препарат можно только под наблюдением врача, а еще лучше – в стационаре. Лечение трансформированной мигрени – дело чрезвычайно хлопотное и кропотливое, требующее внимательного, серьезного и систематического подхода и полного сотрудничества врача и пациента. При правильном и регулярном лечении с использованием последних достижений медицинской науки над ней можно одержать победу. Но помните: болезнь сдается только тем, кто с ней борется. Каждый последующий приступ – это сданный болезни бастион. Поэтому очень важно не допустить развития приступа, чтобы не дать

болезни в очередной раз победить.

Тяжелые формы мигрени

Существует ряд форм течения мигрени, которые включают в себя тяжелые сопровождающие симптомы, значительно ухудшающие качество жизни и требующие особого внимания как страдающего мигренью, так и его лечащего врача.

В ряде случаев приступы головной боли сопровождаются не только тошнотой и рвотой, но и сердцебиением, ощущением нехватки воздуха, чувством утраты контроля за ситуацией, страхом смерти. Нередко пациенты вызывают «скорую помощь» для снятия приступов, поскольку самостоятельные меры не приводят к удовлетворяющим их результатам. Эту форму мигрени называют вегетативной, или панической, мигренью.

Однако, несмотря на весьма драматичное течение приступа, он не представляет большого вреда и опасности для здоровья. Но убедить в этом пациента не всегда бывает просто. В этом варианте мигрени страх, возникший однажды, повторяется от приступа к приступу, сопровождаясь ощущениями беспомощности и незащитности, что усугубляет как болевые ощущения, так и его вегетативное сопровождение. Как правило, лечение приступа осложняется именно тем эмоциональным фоном, который возникает у пациента. Врачам хорошо известно, что в лечении подобных приступов очень хорошо зарекомендовали себя такие успокаивающие средства, как реланиум, который позволяет быстро и эффективно снять приступ страха, после чего уменьшаются как боли, так и сердцебиение. Простые успокоительные средства, такие как валериана и пустырник, валокордин и валосердин, оказываются недостаточно эффективными. Применение обычных анальгетических средств при этой форме мигрени затруднено тем, что в случае многократной рвоты они просто не успевают всасываться. Незаменимыми в данной ситуации являются такие противорвотные средства, как церукал (метоклопрамид), вводимый внутримышечно, и аэрон. Их применение позволяет прекратить рвоту и эффективно купировать приступ.

Еще одной тяжелой формой мигрени является так называемая гемиплегическая мигрень, при которой возникают кратковременные зрительные расстройства, появляются неприятные ощущения в руках в виде покалывания, онемения, зябкости. Затем затрудняются произвольные активные движения в руке и ноге на одной стороне тела. Развивается легкая гемиплегия, или неполный паралич, двигательной мускулатуры на одной стороне туловища. К счастью, эти симптомы длятся недолго – от 2 мин до 1 ч. У большинства больных приступы мигрени с двигательными нарушениями сочетаются с более частыми приступами без подобных симптомов. Как правило, эта мигрень имеет четко выраженный наследственный характер. Проявления двигательных нарушений всегда носят кратковременный характер и не приводят к стойким нарушениям функции.

Одной из тяжелых форм мигрени является также мигреновый статус, который представляет собой тяжелый затянувшийся приступ мигрени. Это серии тяжелых, следующих друг за другом приступов, сопровождающихся многократной рвотой, либо один тяжелый и продолжительный приступ, длящийся более 72 ч. Характерно постепенное нарастание симптомов: головная боль, сначала локальная и пульсирующая, становится распирающей, наблюдается многократная рвота, приводящая к обезвоживанию организма, возникают редчайшая слабость, снижение двигательной активности. В случае дальнейшего неблагоприятного течения приступа возможно развитие мигренового инсульта.

Мигреновый инсульт является осложнением тяжело текущей мигрени. При нем возникают стойкие очаговые неврологические расстройства из-за длительной ишемии мозга (т. е. недостаточного питания нервных клеток и волокон). Неврологические нарушения при этом сохраняются больше недели. В большинстве случаев

неврологические расстройства подвергаются обратному развитию в течение трех недель, хотя после приступов кисты остаются в головном мозге навсегда.

Что может предотвратить возникновение тяжелых приступов мигрени и их осложнений? Правильное и своевременное лечение, регулярное обследование у врача, своевременное купирование приступов. Пациент не должен дожидаться того, когда они пройдут сами, поскольку каждый приступ мигрени наносит серьезный вред как здоровью человека, так и его деятельности. Пациенты, страдающие тяжелыми формами мигрени, должны регулярно наблюдаться у невропатолога.

Мигрень сна

Иногда мигрень начинает беспокоить человека по ночам, буквально пробуждая его ото сна. Часто это случается в середине ночи, когда сон достигает своей глубины и является наиболее полезным для организма и восстанавливающим потраченные за день силы. Как правило, заснуть уже не удастся, утро выходит тусклым, а день напряженным и не приносящим удовлетворения.

По статистике, ночная мигрень встречается не так уж и редко – до 20 % случаев. Есть люди, у которых она облюбовала именно это время суток и даже имеет излюбленный час, чаще всего 3–4 ч ночи.

Что это может значить, почему голова начинает болеть именно ночью, когда умственная деятельность минимальна? Не опасно ли это и не является ли предвестником более серьезного расстройства?

Существует ряд факторов, приводящих именно к этой ситуации. Во-первых, это наследственная предрасположенность. Если у кого-то из ваших родителей мигрень протекала именно в ночные часы, то ваша мигрень с большой вероятностью будет также протекать именно в это время. Передача подобной характеристики болевых приступов происходит чаще по женской линии. Связано это, по-видимому, с особенностями психологических защит, применяемых для переработки и разрешения сознанием стрессовых ситуаций.

В основе именно такого варианта течения приступов лежат два довольно редко используемых механизма психологических защит: отрицание и вытеснение. Клиническая практика показывает, что у пациентов с ночной мигренью имеется ряд хронических психотравмирующих ситуаций, которые субъективно ими не воспринимаются. Такой ситуацией может быть нездоровье родителей или ребенка, к которым пациент относится внешне спокойно; очевидные охлаждение или измена супруга, к которым по ряду социальных причин необходимо относиться терпимо; угрожающая или бесперспективная ситуация на работе, с которой имеет смысл примириться, и другие подобные ситуации, на которые в силу тех или иных причин невозможно отреагировать в полной мере. Так как примириться с этими ситуациями не представляется возможным, то и используются механизмы отрицания, или незамечания (не придавания значения), или вытеснения, или забывания.

Сложное устройство человеческой психики было отчасти приоткрыто работами знаменитого теоретика и практика психоанализа Зигмунда Фрейда, который показал, что забытые или вытесненные психотравмирующие ситуации, страхи и опасения уходят в глубь человеческой психики, в подсознание в виде символов и образов, где прочно оседают. В некоторой степени они могут актуализироваться и реализовываться в снах человека. Именно анализируя и истолковывая сны, основатель психоанализа познавал внутриличностный конфликт своих пациентов (подробнее см. книгу Зигмунда Фрейда «Толкование сновидений»). Сны он называл королевской дорогой в бессознательное.

Какое же это имеет отношение к ночной мигрени? Самое что ни на есть прямое. Дело в том, что во время возникновения ночного приступа мигрени человек находится в быстрой

фазе сна, когда он видит сны. А сны в свою очередь представляют собой некий сплав реально пережитых событий и фантазий человека, позволяющих с помощью образов и символов разряжать и сохранять полученный эмоциональный и практический опыт. Иногда суть эмоциональных проблем, находящихся в бессознательном, становится доступной сознанию, особенно часто это происходит, когда сон недостаточно глубок. И тогда включаются законы психосоматики – науки, которая изучает влияние психологических особенностей пациента на возникновение и течение его заболевания. Эмоциональная боль, будучи неспособной реализоваться в действительности, переходит в физическую, т. е. в приступ мигрени.

Учитывая все вышесказанное, в лечение ночной мигрени врач должен обязательно включать психотерапию. Человеку, страдающему от приступов ночной мигрени, в первую очередь необходимо разобраться со своими психологическими проблемами. Этому могут помочь визит к психоаналитику, аутотренинг и наведение эмоционального порядка в своей жизни.

Мигрень и простуда

В зимне-весенний период повышается вероятность развития простудных заболеваний. Этот период также является непростым для пациентов с мигренью, так как возникновение приступов в этот период более вероятно из-за неблагоприятной метеорологической обстановки, гиповитаминоза, снижения общей сопротивляемости организма по отношению к неблагоприятным факторам. Простудные заболевания выражено снижают качество жизни. Кроме того, ряд исследований показал, что продолжительность жизни людей, часто страдающих острыми респираторными заболеваниями, ниже средней продолжительности жизни не болеющих людей на 4 года.

Если к частым простудным заболеваниям прибавить мигрень, то картина получается довольно мрачной. Дело в том, что простудные заболевания нередко сопровождаются головной болью, которая имеет сосудистый или интоксикационный генез. Эта простая головная боль может в ряде случаев запустить привычный организму тип реагирования на стресс – мигренозный приступ. Кроме того, против простуды лучше всего помогают постельный режим и сон, а это может быть дополнительным провокатором приступа. Хотя при простуде довольно часто применяются жаропонижающие средства, являющиеся по совместительству анальгетиками, это не спасает от очередного приступа, просто он протекает менее болезненно, однако реализует все свои составляющие: сосудистую реакцию, эмоциональный дискомфорт, депрессию.

Для людей, часто страдающих простудными заболеваниями, очень важно проверить все составляющие звенья иммунитета. Причинами сниженного иммунитета могут быть стресс, гиподинамия (т. е. недостаток двигательной активности), наличие хронических заболеваний, прием ряда препаратов, в частности антибиотиков, интенсивный изматывающий рабочий режим и многое другое. В осенне-зимний период в качестве профилактики иммунологи рекомендуют ряд препаратов, повышающих иммунную защиту. К ним относятся интерфероны, ряд общеукрепляющих средств, настойки трав, а также спортивно-оздоровительные мероприятия, режим труда и отдыха. Однако лечению мигрени стоит уделить особое внимание.

При частых простудных заболеваниях мигрень – событие, дополнительно выбивающее из колеи. И поэтому стоит обратить особое внимание пациентов на купирование приступов, чтобы не дать развиваться комплексу патологических реакций, которые при наличии простудного заболевания могут дополнительно дестабилизировать организм.

Психологические особенности пациентов с мигренью

Особое место в лечении мигрени занимает вопрос психологических особенностей пациентов с этим заболеванием. Многочисленными работами отечественных и зарубежных исследователей показано, что больные с мигренью по сравнению со здоровыми характеризуются нарушением психологической адаптации, т. е. снижением способности адекватно реагировать на возникающие перед ними трудности.

На это указывают выраженность депрессии, реактивной и личностной тревоги, снижение качества жизни при наибольшем страдании, профессиональной деятельности и социальной активности. Обнаружение данных изменений требует проведения курсов специфического антимигренового лечения, а также рациональной и позитивной психотерапии.

При проведении комплексного психологического анализа у пациентов с мигренью в период между приступами выявляются специфические для всех психосоматических заболеваний изменения: высокий уровень тревоги, средний уровень депрессии, высокий уровень внимания, изменяющиеся к моменту приступа в сторону повышения тревоги и депрессии и падением уровня внимания. Количественные показатели данных параметров снижались после приступа до показателей несколько более высоких, чем у здоровых.

Показано наличие противоречивости черт характера пациентов с мигренью. При проведении анкетирования были обнаружены следующие личностные особенности, указанные далее в процентах от общего числа обследованных пациентов. Пациенты проявляют себя активными (90 %), стремящимися к самоутверждению (90 %), а с другой стороны – избегающими неудачи (77 %), неуверенными в себе (90 %). Для них характерно избегание ответственности (94 %), склонность к упорядоченности (77 %), выраженная мотивация достижения. Им трудно отказать кому-либо (94 %), хотя они сами редко высказывают свои потребности открыто. Очень требовательны к себе (92 %). Сильно переживают критику в свой адрес, но сами редко критикуют или ведут себя критично по отношению к окружающим (84 %). Приспосабливаясь к стрессам, больные прибегают к так называемому психосоматическому шаблону адаптации, при котором психологические переживания не находят выхода наружу, а откладываются в подсознании, что проявляется в виде развития того или иного заболевания.

Описывая психологический портрет больных мигренью, можно сказать, что подобные больные активны, ответственны, честолюбивы внутренне, стремятся к успеху, нетерпеливы, но в то же время внутренне неуверенны, неустойчивы, скромны, избегают неудач. Противоречивость черт личности и рассогласование между различными уровнями поведения многие специалисты рассматривают в качестве основы заболевания.

При оценке показателей различных научных психологических тестов у больных с мигренью определяются высокие показатели тревожности. По шкалам невротической триады больные достоверно отличаются от здоровых, на что указывает наличие у них особого комплекса эмоционально-личностных нарушений, включающих депрессию, ипохондрию, демонстративность.

Больные склонны к точности, схематичности в деятельности и личных установках, сдержанны, критичны, холодны. Наиболее типичные для пациентов с мигренью, по тесту Кетелла, следующие личностные особенности (в порядке убывания по частоте встречаемости): склонность к точности, схематичность в деятельности, личных установках, сдержанность, критичность, требовательность к себе, чувство долга, ответственность, мелочность, практичность, управление внешними обстоятельствами, консерватизм, высокий интеллект, склонность к беспокойству, тревожность, депрессивность, возбудимость, повышенная потребность во внимании и помощи.

Ряд исследователей отмечает у больных с мигренью высокий уровень астении, т. е. истощенности и утомляемости. Особо выделяется то, что пациенты часто считают

здоровье и болезнь результатом случая и надеются на то, что выздоровление произойдет в результате действий других людей, прежде всего врачей. Их позиция в отношении собственного здоровья и путей его нормализации, как правило, пассивна.

Интересные особенности выявляются у пациентов, испытывающих болевые приступы в различное время суток. У пациентов, страдающих мигренью сна, более выражены астенические, демонстративные и депрессивные черты. У них чаще отмечаются амбивалентные чувства в отношениях с людьми, более выражены упрямство, консерватизм и агрессивность.

У пациентов с мигренью бодрствования менее выражены демонстративные и депрессивные черты. В конечном счете из-за недостатка психологических стратегий, способствующего накоплению напряжения, организм и использует физиологические защитные механизмы в виде приступов головной боли. Психологическое расширение эмоциональных реакций с обогащением поведенческого репертуара является одним из способов и путей изменения данного патологического замкнутого круга.

Психологические данные очевидно показывают, что для пациентов, страдающих мигренью, очень важным является быстрое снятие болевого приступа. При неэффективном лечении патологический замкнутый круг сужается, и чем больше болевых ощущений переживает пациент, тем выраженнее проявляются тревога и депрессия, что в свою очередь приводит к учащению приступов, увеличению их продолжительности и интенсивности боли. Только имея в руках инструмент для быстрого снятия приступов, можно применять различные психологические методы лечения и реабилитации.

Мигрень и характер

Много лет ученые занимаются исследованием загадки мигрени. Одним из важных аспектов исследования являются психологические параметры и характеристики пациентов с мигренью.

Многие знаменитые и состоявшиеся люди страдали мигренью. Среди них были Фредерик Шопен, Чарлз Дарвин, Лев Толстой, Альфред Нобель, Карл Маркс, Эдгар По, Петр Ильич Чайковский и многие другие. Основными чертами характера таких личностей являются живость ума, стремление к поставленной цели, находчивость и активность.

Люди, страдающие мигренью, деятельны по своей натуре. Они твердо идут к намеченной цели, и их не способны остановить никакие препятствия, даже мучительная повторяющаяся головная боль.

Для них свойственны собранность, безупречность в действиях, аккуратность, осторожность и честолюбие, а также умение сдерживать и скрывать свои эмоции. Они часто следуют правилам хорошего тона, этикету и внешне совсем не кажутся агрессивными или несдержанными. Это весьма сообразительные люди, им свойственно высказывать свое мнение быстро и по существу, они стремятся к превосходству и надеются только на себя. Есть ли какая-либо связь между чертами характера и мигренью? Психология, психофизиология и медицина пока не могут дать однозначного ответа на этот вопрос.

И все же нельзя сказать, что миллионы людей, которые страдают от мигрени в течение многих лет, имеют одинаковые черты характера. Неверно было бы предположить, что все люди, имеющие такие личностные характеристики, больны мигренью. Можно лишь сделать вывод, что если человек страдает головными болями и обладает всеми вышеперечисленными чертами характера, то это может помочь врачу поставить правильный диагноз и провести ряд корректирующих установок для данной личности.

Довольно широко известно, что в результате некоторых видов острого стресса (сильного испуга или внезапного волнения) в организме происходит выброс адреналина, который может вызвать приступ мигрени. Постепенно развивающийся стресс и длительное

психоэмоциональное напряжение также могут привести к появлению мигрени. Примерами такого стресса могут быть переезд в другой город, переход на новую работу, подготовка и длительное ожидание какого-либо значимого мероприятия, сильное чувство голода или хроническая усталость.

Пациенты с мигренью склонны к повышенному самоконтролю. Когда ситуация выходит за рамки их компетенции, это вызывает у них дополнительный стресс. Возникает тот же приступ мигрени. Развивается один из множества патологических кругов, из которых складывается пестрая мозаика мигрени.

Для пациентов с подобным течением мигрени чрезвычайно важна психологическая коррекция, направленная на увеличение личностной гибкости и профилактики стресса, а также обучение избегания пусковых моментов боли. Причем эта работа очень кропотливая и порой довольно длительная. Здесь важно тесное сотрудничество пациента и психотерапевта, ведь только при максимальном доверии пациента врачу он может по-настоящему помочь. Однако психологическая работа иногда не в состоянии полностью изменить ряд личностных характеристик. Это связано с тем, что у пациентов с мигренью многие психологические черты детерминированы генетически. Поэтому одним из незаменимых инструментов в борьбе с болью на сегодняшний день является правильно подобранная для данного пациента лекарственная терапия.

Мигрень и стресс: как защитить себя?

Проблема профилактики стресса стоит во современном мире очень остро. Дело в том, что последствия стресса приводят к возникновению самых опасных заболеваний – инфаркта и инсульта, которые можно с полной уверенностью назвать одними из самых коварных и безжалостных убийц XXI в. Правильное отношение к своему здоровью, рациональный и спокойный подход к решению проблем, возникающих ежечасно, умение быстро принимать решения и быть готовым изменить их вновь – вот те требования, которые позволяют одолеть стресс и выйти из него победителем.

Для пациентов с мигренью, которым свойственны повышенные требования к себе и другим, исполнительность и высокая самоотдача, преодолеть стресс оказывается непросто. А в большом количестве случаев именно эмоциональное напряжение играет роль провоцирующего фактора.

Пациентам с мигренью приходится испытывать более жесткий стресс, чем здоровым. Это связано с тем, что ситуация, не подлежащая контролю, воспринимается пациентом как катастрофическая. При этом мотивация достижения успеха часто заменяется мотивацией избегания неудачи, что в конечном итоге чаще к ней и приводит.

Какие же методы позволяют современному человеку избежать чрезмерного психоэмоционального напряжения и в конечном счете стресса?

Спорт является одной из самых лучших систем защиты от стресса. Как для мужчин, так и для женщин наиболее высокоэффективными являются регулярные занятия на велотренажере в течение 30 мин не менее 3 раз в неделю. Многочисленными исследованиями показана максимальная эффективность именно этого спортивного мероприятия для тренировки сосудов и выработки дополнительного запаса энергии, позволяющего противостоять внезапной нагрузке, которая появляется в момент стресса.

Применение витаминов и микроэлементов является пассивной стратегией защиты от стресса, требующей постоянного пополнения. Среди них максимальной антистрессовой защитой являются витамины группы В, аскорбиновая кислота и селен. Жирорастворимые витамины, такие как витамин Е, А, D, К, являются важнейшими антиоксидантами,

способны бороться против вредных продуктов обмена, которые в огромных количествах выделяются из клеток при реализации механизмов стресса.

Правильный режим труда и отдыха, достаточная продолжительность сна – очень важное условие для человека, страдающего мигренью. Также большую роль играет поддержка значимого человека, который может оказать достаточную, но не излишнюю заботу и помощь.

Необходимо отметить, что сам по себе приступ мигрени является также стрессом, приводящим к ломке всех предыдущих поставленных целей и приоритетов. И этот стресс расходует огромное количество энергии, особенно если это происходит в том случае, когда есть необходимость продолжать работу.

Правильный режим труда и отдыха, спорт и своевременное принятие эффективного и безопасного средства для снятия боли помогут сохранить состояние нервной системы в балансе.

Мигрень, мотивация и стратегии преодоления стресса

Многими исследованиями была показана неравномерность мотивации у пациентов с мигренью. Неравномерность проявляется в повышении психоэмоционального напряжения при приближении к результату или при выполнении действий, связанных с повышенной значимостью. Снижение мотивации проявляется в выполнении действий, связанных с невысокой значимостью, а также при выполнении обычных действий самообеспечения.

Отчасти проблема лежит в выраженных аутоагрессивных личностных тенденциях, а также в приобретенной в детстве особенности неумения позаботиться о себе. В одной из частых рекомендаций, которую получают пациенты с мигренью, отражено именно это качество. Врач призывает пациента последить за собой: никогда не быть голодным, недостаточно или излишне одетым, а также раздраженным, обиженным и злым.

Среди мотивационных стратегий преодоления стресса современные психологи используют две основные категории: мотивация достижения успеха и мотивация избегания неудач. В той или иной мере все люди используют обе в своем поведении и планировании действий. Вопрос в соотношении этих основных категорий.

Руководствуясь стратегией достижения успеха, человек планирует позитивный результат своей деятельности. Деятельность при этом получается эмоционально позитивно окрашенной, достигнутый результат повышает настроение, служит базой для дальнейшего развития и продвижения, имеет выраженную антистрессорную активность, помогает преодолевать трудности, повышает порог невосприимчивости к боли, уменьшая таким образом интенсивность течения мигрени.

При преимущественном использовании стратегии избегания неудач деятельность сопровождается страхом, негативным эмоциональным фоном, достижение результата не носит антистрессорного и противоболевого эффекта. Ресурсы нервной системы истощаются.

В наш век достижений, когда человек с помощью воли пытается контролировать множество факторов, не учитывая их взаимодействия, имеется множество причин для фрустрации, т. е. психологических механизмов для избегания и незамечания проблем. Однако недавно представленные результаты продолжительного тридцатилетнего эксперимента показывают большую вероятность достижения положительного результата именно при использовании стратегии достижения успеха. Обучить мышление работать позитивно – непростая задача, достигаемая постоянным самонаблюдением и самонастроением.

Психотерапия – отличный метод дать тренировку сознанию в направлении позитивного мышления. Использование позитивных стратегий преодоления стресса значительно уменьшает выраженность течения мигрени.

Выраженная ориентированность пациентов с мигренью на достижение результата любой ценой приносит свои плоды: бессонные ночи, сужение восприятия жизни, нарушение взаимоотношений внутри семьи. Если учесть, что все эти проблемы усугубляются болевыми ощущениями, значительно снижающими социальную активность, то ситуация напоминает гордиев узел, развязать который можно лишь разрубив.

Мигрень менеджера

Особенности течения данной формы мигрени можно предположить исходя из названия. Эта форма мигрени, особенно жестоко протекающая, встречается в основном у людей с высокими организационными качествами, развитой мотивацией достижения и стратегиями получения результата во что бы то ни стало.

Понятно, что современное общество предъявляет очень высокие требования к личности, особенно если эта личность настроена на достижение определенных успехов. Для достижения значимых результатов необходимо быть не только высокомотивированным и трудолюбивым, но и ставить интересы дела выше личных. В ряде случаев подобная ситуация не нарушает внутренней психологической и физической экологии. Это происходит тогда, когда организм располагает ресурсами для напряженного интенсивного труда с редким и непродолжительным отдыхом, отмечается полное восстановление сил во время сна, дом забирает небольшое количество энергии, а больше служит источником ее поступления.

Но иногда в связи с разными причинами этот баланс нарушается. Причин подобной ситуации может быть несколько. Типовыми являются следующие: нарушение внутрисемейного взаимодействия: конфликты между супругами, родителями, детьми; выраженные перегрузки на работе, когда «менеджер» не в состоянии справиться с объемом работы, которая является принципиально высокозначимой.

Повышается уровень внутриличностного напряжения. Это приводит к изменению ряда физиологических показателей. Повышается тонус симпатической части нервной системы, что проявляется в увеличении частоты сердечных сокращений, повышенной потливости, возрастает раздражительность, конфликтность. Почти всегда это происходит параллельно с повышением интеллектуальных функций: возрастает скорость реакции, улучшается кратковременная память, активизируется ассоциативное и логическое мышление. Но мозговые структуры не в состоянии поддерживать такой высокий уровень возбудимости в течение длительного времени. Самопроизвольно снижается уровень мозговой активации в сложившейся ситуации напряженной мозговой деятельности также не может.

Поэтому эта ситуация часто разрешается вегетативно-болевым приступом мигрени. В самом начале течения мигрени подобные приступы возникают в моменты расслабления или тогда, когда мозговая активность произвольно снижается: вечером, в конце рабочего дня, в выходные.

Длительное время мигрень «менеджера» протекает как мигрень в выходной день, между тем мигрень все чаще и чаще появляется по утрам, блокируя нормальную трудоспособность. Если человек не реагирует на эти сигналы своего организма, заболевание течет острее. Возможно возникновение мигренозного статуса. Мигренозный статус – серьезная, угрожающая необратимыми изменениями в организме серия приступов мигрени или один приступ, затянувшийся на несколько дней.

Вначале возникает приступ несколько более сильный, чем обычные. Чаще всего человек в состоянии продолжить свою трудовую деятельность, приняв анальгетики. Впрочем, на этот раз опять-таки несколько большую дозу. Через несколько часов боль возобновляется с большей силой. Как вы уже можете предположить, чаще всего следует прием следующей дозы обезболивающих. Боль, возникающая в конце действия этой порции препаратов, зачастую бывает сильнее первичной. Ночью сон не приносит облегчения.

Боль продолжает нарастать, требуя применения все больших и больших доз препаратов.

Возникает патологический замкнутый круг, который заканчивается неоднократными вызовами машины «скорой помощи», сопровождающимися внутривенными введениями анальгетиков, десенсибилизирующих, транквилизаторов и противорвотных средств.

Чаще и чаще мигренозные статусы возникают у наиболее социально активной части популяции, нанося значительный экономический ущерб. Подсчитано, что активно протекающая мигрень занимает в среднем около трех лет жизни, приходящихся на жизненный период высокой социальной и профессиональной активности. Можно представить, сколько важных переговоров, деловых событий и обычных рабочих функций срывается или выполняется не совсем так, как хотелось.

И тем не менее именно мигренозный статус заставляет «менеджера» наконец-то обратиться к врачу. Важным будет являться назначение профилактического препарата, который необходимо принимать ежедневно в течение длительного времени.

Умение расслабляться, переключаться на более энергосберегающий режим, повышение внимания к своему здоровью и обучение эффективному лечению мигрени помогут людям, занятым высокоинтеллектуальным трудом, избежать болезненных ощущений и переживаний, а это значит – повысить свою эффективность, производительность труда и добиться больших результатов в своем деле.

Мигрень начальника

Мигрень протекает по-разному как у людей с различным темпераментом, так и у людей, занимающихся различными видами деятельности. И это очень важно, так как подходы к современному лечению не только обязательно учитывают это, но и имеют свои принципиальные особенности.

Известно, что для работы на руководящей должности необходим не только особый склад характера, навыки и способности, но и особые личностные качества, без которых справиться с административной деятельностью трудно даже после прохождения многочисленных тренингов, обучающих искусству администрирования и управления людьми.

Личность человека, занимающего руководящий пост, не всегда состоит только из целеустремленности, воли, стремления к успеху и энергичности. У каждой медали есть обратная сторона.

Во-первых, эффективные взаимоотношения между людьми всегда имеют в своей основе компромисс, достижение которого требует умения пойти навстречу в ряде вопросов, и тем самым поступиться своими интересами. Часто это является психотравматичным для людей, максимально уверенных в правильности именно своего решения.

Во-вторых, результат правильного управления проявляется в соотношении планируемого и выполненного, именно между и находятся проблемы и трудности, которые необходимо преодолевать. И здесь часто копят эмоциональное перенапряжение, страх неудачи и неуверенность в правильности принятых решений, тревога, которая всегда бывает спутницей риска.

Все эти проблемы являются продуктами требований современного общества, для успеха в котором нужны не просто усилия, а порой сверхусилия. Если сложить все вышеперечисленное и добавить к этому ответственность за собственный результат и результаты подчиненных и водрузить все это на плечи человека, страдающего мигренью, то становится ясно, почему мигрень начальника протекает настолько тяжело, бывает частой и у*ensored*й в своем течении.

Еще одной особенностью мигрени начальника является то, что очень часто приступы протекают по выходным дням. Это приводит к формированию порочного круга, так как приступ не позволяет человеку получить достаточное количество отдыха, что еще больше

усугубляет течение мигрени и ухудшает самочувствие. Нередко подобная ситуация приводит к нервным срывам, в результате чего человек оказывается на больничном. Один из ярких примеров случая мигрени начальника прекрасно описан в романе М. Булгакова «Мастер и Маргарита» на примере Понтия Пилата. Пилат изнемогал от чудовищной боли, которая не позволяла ему принимать простейших решений. Кто знает, если бы у него мигрень протекала не так драматически, конец истории был бы совсем другим.

Естественно, возникает вопрос: как сделать так, чтобы, несмотря на эмоциональные и трудовые перегрузки, нарушение режима труда и отдыха, особенности личности, которые не позволяют сидеть на месте, мигрень перестала беспокоить человека, не принося огромных физических, энергетических и трудовых, а значит и финансовых, потерь.

Безусловно, человеку, занятому административной деятельностью, показан ряд физиотерапевтических процедур, приводящих к снижению как физического, так и психического напряжения. Показывают свою высокую эффективность плавание, регулярные занятия в тренажерном зале, прогулки на природе, расслабляющий массаж. Баня и сауна не имеют выраженного профилактического эффекта и в некоторых случаях могут спровоцировать приступ вследствие кислородного голодания из-за спазма сосудов головного мозга и потери большого количества жидкости, часто происходящего вследствие длительного перегрева.

Для того чтобы разорвать патологический замкнутый круг и в нужный момент остановить приступ, не дав ему развернуться, необходим прием специализированных препаратов.

Сочетание правильного лечения и соблюдения режима труда и отдыха позволит вам значительно облегчить течение мигрени и сэкономит здоровье, время и хорошее настроение.

Мигрень подчиненного

Чаще всего мигренозный приступ у подчиненного возникает в трех типовых ситуациях: перегрузка рутинной работой, взятие на себя большего объема работы и ответственности, конфликт на работе.

Подчиненному приходится выполнять большой объем работы, которая не всегда бывает ему по душе. Однако это входит в его обязанности и функции. Проблема состоит в том, что в наше время для удачного продвижения по службе недостаточно одних только усилий, а необходимы суперусилия.

В последнее время все чаще и чаще подчиненные сталкиваются с тем, что им приходится выполнять значительно больший объем работы, чем планировалось изначально, так как в ходе обычной деятельности возникают дополнительные задачи. Нередко подчиненному приходится решать задачи, которые не соответствуют его уровню профессиональной подготовки и компетенции. Но отказ шефу нередко может означать проявление нелояльности к общему делу. Нередко такая неспособность сказать «нет» приводит к перегрузкам, к снижению продуктивности, к нарушению продвижения основных целей и задач.

Высокий уровень ответственности, характерный для хорошего подчиненного, играет с ним здесь злую шутку. Чем выше ответственность и стремление самостоятельно решить все проблемы, тем выше мозговая активность, тем больше риск возникновения мигрени и тем больше ее продолжительность. Мир всегда полон столкновений различных интересов, поэтому практически невозможно выиграть во всех сражениях. Необходимо учиться проигрывать и компенсировать проигрыш новой победой. Обязательно в этой ситуации нужно научиться абстрагироваться от психотравмирующей ситуации, менять отношение к ней, прощать себе незначительные промахи, видеть главное: реализацию своего жизненного пути, который не всегда бывает гладким.

Правильный отдых играет очень важную роль в профилактике мигрени. Необходимо прежде всего эмоциональный отдых, наполненный положительными эмоциями, спонтанными событиями и приятной дружеской атмосферой. Конечно, запрещается думать о работе и загружать голову неразрешенными проблемами.

Однако необходимо знать, что мигрень – генетическое заболевание, которое будет проявляться в той или иной степени вне зависимости от всех принятых мер. Повышение уровня психологической компетентности с помощью различных методик личностного роста, психотерапия, аутогенная тренировка и релаксация, прохождение тренингов значительно повышают как самооценку, так и устойчивость к стрессорным воздействиям, а значит, и к мигрени.

Мигрень выходного дня – выход есть!

Наконец-то пришли выходные! Вы долго планировали различные мероприятия, решили заняться спортом с утра пораньше, встретиться с друзьями или сходить в театр, в ресторан и на дискотеку, позвонить родителям и, может быть, что-то напечатать на компьютере. Но первая мысль, которая посетила вас в пятницу поздно вечером – наконец-то выспаться! Вы проснулись как обычно и решили поспать еще часок, тем более что сон был так хорош и сладок, потом еще часок, потом еще немного, еще чуть-чуть и... в начале первого вас может посетить знакомый до боли приступ мигрени.

Иногда бывает, что вы заняты всю неделю. Сил еле хватает, чтобы добраться до постели и поспать положенные 6–7 ч. Организму, разумеется, не дается никаких поблажек, а о том, что может болеть голова, вы даже не можете и помыслить. Слишком напряженный график, слишком много интересных, важных дел нужно сделать. И когда вы можете, наконец, посвятить время себе и семье, расслабиться и побыть в режиме максимального благоприствования, откуда-то берется эта боль, приводящая вас в состояние полной растерянности.

Часто это происходит в первые дни отпуска. Вы долго готовились и ждали, купили приличные путевки именно туда, куда вам так хотелось. И все было бы прекрасно, если бы не те приступы мигрени, которые иногда имеют такую скверную привычку посещать вас в лучшие часы вашей жизни.

Если вам интересно, и именно это имеет обыкновение происходить в вашей жизни, значит, вам стоит дочитать эту статью до конца. В первую очередь вас интересует, почему именно с вами и происходит подобная неприятность и что следует делать, чтобы этого впредь не случилось.

Вы и сами иногда чувствуете, что, несмотря на достаточно успешное преодоление множества различных стрессов, встречающихся в течение рабочего дня и дома, тяжесть от каждого из них почти незаметно ложится на ваши плечи. Недовольство начальства, завышенные требования, предъявляемые как со стороны окружающих, так и самим собой, волнения и тревоги, ответственная работа, дети с их здоровьем и успехами в школе, недовольство и не всегда полное взаимопонимание с супругом – все это шаг за шагом, капля за каплей накапливается, не успевая полностью переработаться и не компенсируясь успехами и удачами.

И когда вы решаетесь наконец дать себе передышку от бешеного ритма, заданного современной жизнью, вас настигает мигрень, которая до этого никуда не девалась, а лишь отложила на время свое триумфальное появление. В принципе и в этом можно найти положительные стороны. Ваша целеустремленность подчиняет себе даже биологические особенности вашего организма.

Единственным недостатком является лишь то, что выходные дни и в начале отпуска организм берет свое, повергая вас в болевой приступ.

Почему же важно предотвращать появление приступа мигрени, какие неприятности он

может принести и не опасно ли это? Многочисленными научными исследованиями показано, что болевой приступ истощает энергетические ресурсы головного мозга, снижает настроение как в момент приступа, так и на несколько дней вперед. Самое коварное заключается в том, что для человека это происходит почти незаметно, а последствия этого значительны: уменьшается количество контактов, снижается качество общения, портятся семейные и деловые отношения.

Влияние мигрени на организм в целом также ощутимо. От боли несколько повышается артериальное давление, увеличивается частота сердечных сокращений. Так как большинство людей не прекращает своей обычной активности в момент приступа, а внимание и скорость реакции заметно снижаются, то в этот период резко увеличивается количество различных травм, производственных ошибок и автокатастроф. Европейскими учеными подсчитан урон, наносимый мигренью обществу, и он составляет весьма солидную сумму, что и приводит к осуществлению разнообразных профилактических и лечебных программ.

Наносит ли мигрень значительный урон мозгу? Несомненно. И хотя мигрень стоит на одном из последних мест среди причин сосудистых мозговых катастроф, сбрасывать ее со счетов нельзя. Около 5 % инсультов происходит на фоне тяжелых затяжных приступов мигрени.

Конечно, вы сами поняли из вышеизложенного, что следует делать, чтобы предотвратить появление мигреневых приступов: соблюдать режим труда и отдыха, не переживать и не нервничать по мелочам, давать себе достаточное количество времени на расслабление в конце дня.

Для этого можно заняться расслабляющими видами спорта, изучить аутогенную релаксацию, сократить нагрузку, переложить часть ответственности на других людей, сменить род деятельности на менее напряженный. Можно обратиться к психотерапевту, чтобы вместе с ним подобрать соответствующую программу психологической разгрузки. Хорошо помогает снять нагрузку уходящего дня расслабляющий массаж воротниковой области, этот метод может иметь профилактический эффект, и хорошо, когда его делает кто-то из близких.

В случае, когда приступ уже начался, необходимо иметь при себе средство, которое поможет быстро, эффективно и без побочных эффектов купировать боль. Лечение мигрени – дело чрезвычайно кропотливое и требующее систематического и серьезного подхода. Методичное и серьезное отношение к этой проблеме со временем избавит вас от нее. Способность внимательно относиться к своему здоровью стоит развивать, и тогда затраченные силы вернуться к вам хорошим самочувствием и радостью выходного дня.

Мигрень гурмана: есть или не есть?

Считается, что гурман – это человек, который ест то, что не просто вкусно, а то, что очень вкусно и ему нравится. И уж совсем не обязательно ест много. Поэтому гурман – это не обязательно человек, который любит объедаться и страдает излишним весом, хотя это, в принципе, тоже не исключено.

Что же любят есть гурманы, каковы их предпочтения? Коснемся тех продуктов, которые могут вызвать приступ сильной головной боли у людей, страдающих мигренью. Причем именно у тех, у кого этот приступ может быть вызван определенными продуктами.

Первым в ряду лакомств стоит воспетый Пушкиным французский сыр. Почему именно французский, а не какой-либо другой? Дело в том, что именно французские сыры имеют высокий процент жирности, что в сочетании с веками отработанной технологией выдержки и созревания сыров приводит к накоплению в них вещества, которое и придает сыру пряный вкус и аромат, а именно тирамина. Тирамин – биологически активное вещество, являющееся конкурентом одного из важных медиаторов головного мозга –

серотонина, нарушение обмена которого у людей, страдающих мигренью, доказано наукой. И сдвиг в обмене этого вещества, называемого иногда гормоном радости, происходит в сторону его уменьшения, что и приводит к возникновению мигренозного приступа.

Какие еще продукты действуют по подобному принципу? На следующем месте стоят копчености, ветчина, копченая рыба, крабы, колбасы и другие мясные и рыбные изделия, без которых не обходится ни одно торжество или банкет. Банкет вообще представляет собой особую ситуацию, в которой сочетается множество факторов, способных спровоцировать мигреновый приступ.

Следующим пунктом являются сладости. Сильнейшим провокатором мигрени выступает шоколад, столь любимый лакомками всех возрастов. Впрочем, имеется в виду только черный шоколад, так как именно в нем находится высокое содержание какао, которое также способно путем действия вещества фенилэтиламина вызывать резкие колебания гормона радости, что приводит к резкому снижению серотонина и, как следствие, к возникновению приступа мигрени.

Ряд продуктов вызывает мигрень только у людей, с которыми у них есть особые взаимоотношения. Это могут быть яйца, орехи, молоко, помидоры, цитрусовые, жирная пища. Возможно, вы уже определили те продукты, которые действуют на вас специфично. Если же нет, то вы можете проанализировать продукты, которые вы принимали перед приступом, и методом исключения определить провокатор.

Отдельной строкой стоят алкогольные напитки. И среди них мигрень выбрала также самые эксклюзивные. Универсальным провокатором, вызывающим приступ у большинства людей, страдающих мигренью, является красное вино, причем чаще сухое, чем сладкое, и опять же чаще всего французское, что связано с технологией изготовления и выдержкой, повышающей содержание пектинов – красящих веществ. Пиво менее любимо мигренью, и ей больше нравятся темные сорта, с небольшим содержанием алкоголя и большим – различных вкусовых добавок и примесей. А именно такое пиво и является чаще всего самым дорогим и эксклюзивным.

Само по себе большое количество алкоголя также является серьезным фактором возникновения мигренозной атаки. Дело в том, что алкоголь – нейротропный яд, повреждающий нервные клетки. Следы приема большой дозы алкоголя остаются в мозге на долгие месяцы, и только хитрость природы – головная боль похмелья, возникающая наутро, может также инициировать приступ гораздо более интенсивной и продолжительной мигреновой боли, так как развивается по похожим механизмам.

Так что же делать? Неужели надо исключать все перечисленные продукты из своего рациона, чтобы предотвратить приступ? А что делать, когда на столе одни только продукты-провокаторы? Ограничиться салатами? И не пить пиво в кругу друзей, с которыми давно планировалось провести время?

Вовсе нет! Современная наука достигла определенных успехов в решении проблемы мигрени. Безусловно, стоит прислушаться к требованиям организма и ограничить прием ряда продуктов, которые способны привести к болевому приступу. Но уж если нет возможности избежать этого, то просто необходимо иметь под рукой средство, которое не просто снимает боль при приступе, а препятствует его развитию. Можете оставаться гурманом, не опасаясь мигрени!

Мигрень и метеофакторы: что делать?

Эта статья посвящена в основном тем пациентам, у которых течение мигрени неравномерное, высокая частота приступов и выраженная чувствительность к факторам внешней среды. Связана подобная высокая чувствительность как с генетической

предрасположенностью, так и с повышенной чувствительностью вегетативной нервной системы. Метеофакторы действуют в первую очередь на изменения электрофизиологических характеристик головного мозга. Повышается возбудимость коры, увеличиваются ширина и спектр представленности биотоков. Это приводит к повышению активности в системе тройничного нерва, который иннервирует сосуды головного мозга.

Затем патологическая активность в системе тройничного нерва переходит на сосуды, вызывая в них воспаление. И все это происходит ровным счетом из-за того, что сильно дует ветер, упало или поднялось атмосферное давление, солнечная погода сменилась на пасмурную или наоборот.

Метеочувствительность имеет очень много общего с индивидуальной чувствительностью. Причем это касается всех категорий, которые мы включаем в это понятие. К ним относятся как эмоциональная чувствительность, так и устойчивость к стрессу. Иногда индивидуальная повышенная чувствительность проявляется в виде аллергии.

Одним из самых лучших способов укрепления вегетативной нервной системы является спорт. Бег или ходьба хорошо тренируют сосуды и связанные с ними вегетативные нервные сплетения, приучая к нагрузке. Очень важная особенность спортивных занятий, направленных на повышение устойчивости и укрепление вегетатики – регулярность. Для людей, не склонных занимать себя спортом, имеется способ, который доступен большинству: холодные обтирания, контрастный душ, водные процедуры.

Психологическое развитие и самосовершенствование также помогают увеличить устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов, причем современная психология и психотерапия имеют большой спектр разнообразных техник и методик, направленных на повышение личной устойчивости.

Витамиотерапия в умеренных дозах также повышает сопротивляемость организма метеофакторам. Особенно это касается тех, кто испытывает транспортные перегрузки – перелеты и поездки на дальние расстояния. Одним из самых энергезирующих витаминов по праву считается витамин С, прием которого до 1 г в сутки также повышает стрессоустойчивость и уменьшает утомляемость.

Техногенные факторы возникновения мигрени

Мигрень и транспорт

Вегетативная дистония – расстройство, лежащее в основе мигрени. Именно выраженность вегетососудистой дистонии приводит к обострению течения мигрени и увеличению частоты, интенсивности и продолжительности приступов. Вегетососудистая дистония способствует более выраженному влиянию факторов окружающей среды на организм. Это проявляется в повышенной метео- и барочувствительности, повышенной стрессодоступности, выраженной реакции на минимальные воздействующие факторы, а также в повышенной чувствительности к транспорту.

В нынешний век скоростей интенсивность передвижения диктуется самой жизнью. Причем наиболее популярными становятся авиа- и автотранспорт. Передвижения этими и другими видами транспорта приводят к изменению функционального состояния вегетативной нервной системы. Это происходит различными путями, но на разбалансированную вегетативную нервную систему передвижения действуют как дополнительный стрессовый фактор.

Излишняя дополнительная информация, идущая от рецепторов, отвечающих за

положение тела в пространстве, приводит к возникновению морской болезни. Этот факт знаком многим. И похожие механизмы вызывают дополнительную нестабильность в состоянии вегетативной нервной системы при транспортном передвижении. Это касается в основном длительного путешествия на автомобиле, поезде, самолете. Причем в последнем случае, кроме обычного напряжения для поддержания позы, имеется дополнительное напряжение, способствующее адаптации к изменению атмосферного давления.

Применение препаратов, позволяющих предотвратить возникновение морской болезни и перенести переезд легче, позволяет немного уменьшить нагрузку на вегетативную нервную систему. К подобным препаратам относятся аэрон, комплекс витаминов «Антистресс». Однако приступ мигрени возникает при наличии какого-нибудь дополнительного провоцирующего фактора. К ним могут относиться прием алкоголя, недосыпание, сон в неудобной позе или просто плохой сон. И тогда возникающий приступ мигрени бывает зачастую еще более драматичным, чем обычные.

Поэтому в рекомендации специалистов по мигрени всегда входит ограничение воздействия неблагоприятных факторов и повышенное внимание к своему самочувствию и здоровью при путешествиях, командировках и переездах. Так как время при поездках является одним из основных и самых дорогих ресурсов, нельзя позволить мигрени отобрать у вас несколько значимых и важных часов.

Внимательно наблюдая за изменением своего самочувствия, вы можете научиться не давать мигрени появиться в то время, когда возникновение приступа нежелательно. Однако иметь под рукой эффективное средство для защиты себя от боли и потери времени всегда целесообразно и необходимо.

Мигрень и автомобили

То, что автомобиль – не роскошь, а средство передвижения, теперь стало понятно большинству. Однако это средство передвижения имеет, кроме своих технических характеристик, еще и особенность влиять на настроение и самочувствие как водителя, так и пассажира. И дело не столько в автомобиле, сколько в тех влияниях на организм человека, которое он оказывает. А их огромное множество. Одним из максимально выраженных воздействий является механическое. Оно проявляется в ритмичном воздействии на системы головного мозга, отвечающие за анализ положения тела в пространстве, и к ним относятся также связи этих систем с вегетативной нервной системой, которая отвечает за реакцию организма на эти изменения. У водителя одним из наиболее важных систем, находящихся в напряжении, является зрительный анализатор. Постоянное мелькание способно создавать повышенную возбудимость коры головного мозга. Однако имеется и прямо противоположное действие однообразно мелькающих объектов – снижение этой активности, приводящее к засыпанию. В любом случае монотонный раздражитель нередко приводит к повышению мозговой активности, что в сочетании с усталостью может привести к возникновению приступа.

Огромная проблема всех горожан – выхлопные газы. При наличии любой системы воздухоочистки часть выхлопных газов попадает в салон. В максимальной степени это касается отечественных моделей автомобилей. Выхлопные газы действуют как пусковой триггерный фактор, способный спровоцировать приступ, и как неблагоприятный фактор, ухудшающий самочувствие.

Очень быстрая и очень медленная езда также может быть причиной внеочередного приступа. В первом случае повышенное мелькание за окном повышает порог судорожной готовности, подготавливая головной мозг к новому приступу. Во втором же случае слишком медленное движение в пробке может повысить уровень раздражимости у пациента с мигренью, что непременно скажется и на его самочувствии, и на его

самообладании.

В состоянии приступа вести автомобиль запрещено. Если приступ мигрени все-таки развернулся, о длительных поездках не может быть и речи.

Мигрень и компьютеры

В наш век повсеместной компьютеризации все чаще встречаются виды деятельности, при которых работа за компьютером составляет 6 и более часов в день. Кроме того, что это небезопасно и неблагоприятно для организма в целом, работа за компьютером может сильно влиять на течение мигрени. Обычно приступы мигрени, связанные с работой за компьютером, возникают в конце рабочего дня. В отличие от обычной головной боли, связанной с переутомлением, этот вид головной боли очень быстро наращивает свою интенсивность и делает дальнейшее продолжение деятельности невозможным.

Причина возникновения приступов связана с напряжением мышц глаз, которые испытывают напряжение при фиксировании изображения на дисплее. Дело в том, что это изображение не является цельным, а воспроизводится путем дробной высокочастотной подачи цветных или черно-белых стимулов, значительно отличающихся по своим характеристикам от обычного изображения.

Головной мозг очень чувствительно относится к напряжению мышц, окружающих череп. И в первую очередь это касается глаз, которые сами по себе являются вынесенной на периферию частью головного мозга.

Их напряжение приводит систему тройничного нерва в состояние повышенной активности. И именно повышенная активность этой системы играет ведущую роль в запуске механизмов мигренозного приступа.

Если же активность тройничной системы находится в постоянном тонусе, то это непременно скажется на частоте приступов. Нередко частота приступов увеличивается настолько, что возможность продолжать трудовую деятельность становится сомнительной. Чаще всего это происходит, если имеется дополнительный раздражитель области глазного яблока: контактные линзы, хронический конъюнктивит, раздражающая конъюнктиву косметика.

Главными рекомендациями для пациента, страдающего мигренью, ассоциированной с работой за компьютером, является временное снижение нагрузки на глаза. Во-первых, это касается дополнительных раздражителей: следует избегать контакта косметики с конъюнктивой, использовать специальные смягчающие растворы при ношении линз, применять успокаивающие средства при конъюнктивите. Если это возможно, то рекомендуется на некоторое время заменить контактные линзы очками.

Во-вторых, очень важным является устройство рабочего места. Необходимо соблюдать правила работы за компьютером: расстояние между дисплеем и глазами должно быть не менее 50 см, нужны регулярные перерывы в работе – через каждые 15–20 мин, правильное освещение – свет должен падать сверху и слева, периодически следует смотреть вдаль и давать таким образом отдых глазам. Не менее важно применение средств, способных уменьшить влияние мигрени на трудоспособность. Не секрет, что для преуспевания на работе здоровье играет огромную роль. Поэтому комплекс медико-профилактических мер, направленных на снижение влияния мигрени на жизнедеятельность, очень важен. Не дать мигрени занять позиции, вовремя купировать каждый приступ мигрени, организовать правильно рабочее место, а также сделать правильным режим труда и отдыха – все это значительно поможет сохранить хорошую физическую и профессиональную форму.

Мигрень и физическая нагрузка

Речь пойдет не столько о физических нагрузках, которые благотворно и укрепляюще действуют на страдающий от гиподинамии организм, сколько о физических перегрузках. Допустимые нагрузки просто необходимы, а вот перегрузки представляют собой не что иное, как физический стресс. Необходимо знать и чувствовать ту норму нагрузки, за которую выходить нежелательно. Работа, приносящая большее количество усталости, чем организм того ожидал, является перегрузкой. И для пациентов с мигренью эта тема является одной из самых актуальных.

В большинстве опросников и анкет по изучению распространенности мигрени именно физические перегрузки стоят на одном из первых мест среди причин, вызвавших очередной приступ. При физических перегрузках имеется целый каскад физиологических реакций, с помощью которых организм возвращается в исходное состояние. Именно в этот момент, используя биохимические и электрофизиологические сдвиги, мигренозный приступ максимально вероятен.

Существует ряд простых способов, позволяющих избежать возникновения приступа после физической перегрузки. Одним из них является недопускание перегрузок, дозирование физической работы, избегание дополнительных раздражителей и стимуляторов, таких как алкоголь, никотин, кофе.

Важным является регулярный отдых в период выполнения физической нагрузки, примерно через каждый час по 10–15 мин. Этого бывает достаточно для восстановления исходных уровней артериального давления и пульса, выведения молочной кислоты и других продуктов обмена. Они являются предрасполагающими факторами для возникновения приступа.

Правильный и быстрый сон представляет собой еще одно средство избежать приступа после физической нагрузки. Однако он не должен быть ни недостаточным, ни избыточным. Эмоциональный отдых – один из самых главных видов отдыха. После физических перегрузок важно правильно спланировать позитивное подкрепление: общение с приятными людьми, вкусная еда, интересные развлечения.

Одно из самых главных правил для пациентов с мигренью – следить за тем, чтобы не уставать, не быть голодным и не раздражаться.

Мигрень спортсменов и спортсменок

Считается, что спорт является лучшим профилактическим средством от большинства болезней. Действительно, регулярные занятия спортом приводят к повышению иммунитета, повышают общий тонус, укрепляют защитные силы организма. Но это, к сожалению, не способно предотвратить развитие заболеваний, которые передаются по наследству. А именно к таким заболеваниям относится мигрень.

Безусловно, спортсмены гораздо реже страдают мигренью, чем обычные люди. Однако тренированность не в состоянии полностью защитить от мигрени. Кроме того, наличие колебаний сосудистого тонуса, возникающих в ходе тренировок, является одним из пусковых факторов возникновения мигренозного приступа.

В максимальной степени колебания сосудистого тонуса выражены у спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой. Именно этот вид спорта популярен у мужчин всех возрастов, занимающихся в основном умственным трудом, который сопровождается различными стрессовыми ситуациями. Поэтому если вы замечаете приступы головной боли после тренировок, то необходимо сменить комплекс упражнений на более щадящий, включить в него упражнения, при которых напряжение мышц головы и шеи минимально.

Особо стоит отметить прием гормональных препаратов, используемых в настоящее время для наращивания мышечной массы у людей, занимающихся культуризмом (анаболических стероидов).

Вследствие гормональной перестройки, возникающей из-за приема гормонов, изменяется как обмен веществ в головном мозге, так и стабильность красных кровяных телец тромбоцитов. При их разрушении вследствие стресса или физической нагрузки возникает массивнейший выброс в плазму крови серотонина, который считается одним из основных провокаторов мигренозного приступа.

В отличие от тяжелой атлетики фитнес является прекрасным средством профилактики мигрени. При регулярных тренировках повышается стрессоустойчивость, стабилизируется состояние вегетативной нервной системы, улучшается регуляция сосудистого тонуса, улучшается общее самочувствие, повышается настроение. Кроме всего прочего, отличным антистрессовым средством является простое и незатейливое общение с товарищами по тренировке.

Плавание в некоторых случаях может вызвать обострение течения мигрени. Это связано как с гипервентиляцией легких (интенсивным дыханием), возникающей при интенсивном быстром плавании, так и повышением тонуса мышц головы вследствие долгого удержания головы над водой при медленном плавании. Но увеличение частоты мигренозных приступов ни в коем случае не должно привести к прекращению тренировок. А вот несколько занятий под руководством опытного тренера по правильной технике плавания помогут разрешить эту проблему.

Вид спорта, доступный каждому, – бег. Здесь прямой связи интенсивности и продолжительности тренировок с течением мигрени не обнаружено. Так что бегайте на здоровье, повышайте свою выносливость и закалку.

Аэробика и степ также не являются видами спорта, к которым пациентам с мигренью стоит относиться осторожно. Позитивный эмоциональный заряд после тренировки служит важным фактором предотвращения стресса.

Общая физическая нагрузка в ряде случаев может приводить к развитию приступа. И правилом номер один является полное прекращение физической нагрузки, так как это приводит к утяжелению приступа, увеличению продолжительности и интенсивности болевых ощущений, а значит, и вреда, наносимого организму.

«Сигналы опасности» при мигрени

О них всегда нужно помнить при анализе мигренозного приступа и критериев его диагноза. К ним относятся:

- 1) отсутствие смены «болевого стороны», т. е. наличие гемикрании в течение нескольких лет на одной стороне;
- 2) у пациента с мигренью внезапно (в достаточно короткий срок) возникают иные, необычные для него по характеру, постоянные головные боли;
- 3) прогредиентно (т. е. постоянно, неотступно) нарастающая головная боль;
- 4) возникновение головной боли (вне приступа) после физического напряжения, сильного потягивания, кашля или сексуальной активности;
- 5) нарастание или появление сопровождающих симптомов в виде тошноты, особенно рвоты, температуры, стабильной очаговой неврологической симптоматики;
- 6) появление мигреноподобных приступов впервые после 50 лет.

«Симптомы опасности» требуют детального неврологического обследования с нейровизуализацией (КТ, МРТ) для исключения текущего органического процесса.

Осложнения мигрени

К осложнениям мигрени относятся мигренозный статус и мигренозный инсульт.

Мигренозный статус – серия тяжелых, следующих друг за другом приступов, сопровождающихся многократной рвотой, со светлыми промежутками не более 4 ч или один тяжелый и продолжительный приступ, продолжающийся более 72 ч, несмотря на проводимую терапию. Мигренозный статус является тяжелым состоянием, требующим, как правило, стационарного лечения.

Риск возникновения инсульта у пациентов, страдающих мигренью без ауры, не отличается от такового в популяции. При мигрени с аурой эти взаимоотношения иные: мозговой инсульт возникает в 10 раз чаще, чем в популяции. При мигреновом инсульте один или более симптомов ауры не исчезают полностью через 7 дней, а при нейровизуализационном исследовании имеется картина ишемического инсульта. Таким образом, только при мигрени с аурой имеется повышенный риск мигренозного инсульта, именно поэтому каждый приступ мигрени с аурой должен быть своевременно и эффективно купирован.

Лечение мигрени

Значительные успехи, достигнутые в изучении патофизиологии мигрени, служат базой современной лекарственной терапии мигренозных приступов. Лечение мигрени складывается из купирования приступа и профилактического лечения в межприступный период. Мигренозная атака существенно снижает качество жизни пациентов и вызывает значительные экономические потери. Основными требованиями, предъявляемыми к современным средствам, являются эффективность, безопасность, быстрота действия.

Купирование приступа

Во время приступа мигрени больному необходимо создать максимальный покой, закрыть окна шторами, устранить все раздражители (яркий свет, резкие звуки, неприятные запахи). Приступ головной боли можно снять или значительно ослабить с помощью довольно простых средств. Часто эффективными бывают тугое бинтование головы со сдавлением височных артерий, прикладывание к голове салфетки, смоченной холодной водой, или, наоборот, согревание головы грелкой. У разных больных холод и тепло действуют по-разному. Как правило, всем помогают прикладывание горчичников к затылку или на межлопаточную область, горячие ножные ванны.

Для медикаментозного купирования приступов мигрени используют 3 группы препаратов.

1-я группа. При легких и средних по интенсивности приступах могут быть эффективны простые анальгетики: парацетамол, ацетилсалициловая кислота и ее производные, а также комбинированные препараты: седалгин, пенталгин, спазмовералгин и др. Действие этой группы препаратов направлено на уменьшение нейрогенного воспаления, подавление синтеза биологически активных веществ – модуляторов боли (простагландинов, кининов и др.), активацию противобольных механизмов мозгового ствола.

При их применении необходимо помнить о противопоказаниях к назначению: наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, склонность к кровотечениям, повышенная чувствительность к салицилатам, аллергия, а также о возможности развития абзусной (анальгетикиндуцированной) головной боли при длительном и неконтрольном применении этих средств. Часто больным помогают простые анальгетики: аналгин (метамизол) или аспирин, принятые внутрь при появлении первых симптомов, либо

комбинированные препараты, содержащие кофеин. Чем раньше принят анальгетик, тем большее лечебное действие он может оказать.

Для ускорения начала действия препарат рекомендуют применять в растворенном виде (это тем более актуально, что с началом приступа нарушается моторика желудка, что замедляет всасывание анальгетика). Парацетамол для купирования приступов мигрени целесообразно применять лишь в сочетании с кофеином (например, препарат каффетин). Кофеин усиливает действие анальгетиков, улучшая их всасывание, но при регулярном приеме в высоких дозах (если суточная доза кофеина хотя бы несколько раз в неделю превышает 300–500 мг, что эквивалентно 3–4 чашкам кофе) он может вызывать рикошетные (абстинентные) головные боли. Добавление кодеина и барбитуратов усиливает эффективность.

Нестероидные противовоспалительные средства обычно используют при неэффективности простых анальгетиков. Чаще всего применяют ибупрофен, напроксен, кеторолак (долак), кетопрофен (кеторол). При неэффективности анальгетиков и НПВС целесообразно использовать препараты дигидроэрготамина или триптанов.

2-я группа. В настоящее время для лечения приступа мигрени применяется мощное сосудорасширяющее средство – препарат спорыньи эрготамин. Следует отметить, что этот препарат не обладает обезболивающим свойством, и если он помогает больному, то это свидетельствует о том, что у него мигрень. Препараты дигидроэрготамина обладают мощным сосудосуживающим действием благодаря влиянию на серотониновые рецепторы, расположенные в сосудистой стенке, предотвращают нейрогенное воспаление и тем самым купируют мигренозную атаку. Дигидроэрготамин является неселективным агонистом серотонина, т. е. способствует усилению его эффектов, действуя подобным серотонину образом. Выпускается эрготамин в виде таблеток гидротартрата эрготамина по 1 мг и назначается под язык.

Венгерский препарат ригетамин содержит тоже 1 мг эрготамина тартрата. Его можно применять не более 7 дней, а в случае необходимости более длительного лечения обязателен перерыв на 3–4 дня. При передозировке или повышенной чувствительности к эрготаминовым препаратам возможны загрудинная боль, боли и парестезии в конечностях, рвота, понос (явления эрготизма). Наименьшими побочными действиями обладает назальный спрей дигидроэрготамина.

Достоинством данного препарата является удобство применения, быстрота действия и высокая эффективность (75 % приступов купируются в течение 20–45 мин). Действие препарата усиливается при сочетании с крепким чаем или кофе (если больной мигренью их переносит).

Широко применяется при лечении мигрени препарат кофетамин в виде таблеток, в которых содержится 1 мг тартрата эрготамина и 10 мг кофеин-бензоат натрия. Необходимо помнить, что эрготамин может вызвать тошноту, рвоту, онемение конечностей, боли в области сердца. Он противопоказан при стенокардии, сужении сосудов конечностей, при беременности, нарушении функции почек и печени, септических состояниях.

3-я группа. Селективные агонисты серотонина (золмитриптан, суматриптан), обладают избирательным воздействием на серотониновые рецепторы мозговых сосудов, предотвращают выделение субстанции P из окончаний тройничного нерва и нейрогенное воспаление.

В настоящее время они считаются препаратом выбора для купирования среднетяжелых и тяжелых приступов мигрени.

Суматриптан (имигран) применяется в таблетированной (таблетки по 100 мг) и инъекционной формах для подкожного введения. Эффект наступает через 20–30 мин, максимум через 1 ч купируются самые тяжелые приступы. Препарат нельзя комбинировать с эрготаминами. Суматриптан противопоказан при вариантной стенокардии, ишемической болезни сердца (перед введением целесообразно проведение

электрокардиографии), нарушении проводимости сердца, базилярной и гемиплегической мигрени, неконтролируемой артериальной гипертонии. После введения возможны боли в месте инъекции, парестезии, приливы, дискомфорт в области грудной клетки. По окончании действия препарата возможен рецидив головной боли. В настоящее время суматриптан выпускают также в форме назального спрея.

Золмитриптан относится ко второму поколению селективных агонистов серотонина. Препарат, кроме периферического действия, которое заключается в сужении расширенных во время мигренозной атаки сосудов, блокады болевой импульсации на уровне чувствительных окончаний тройничного нерва, оказывает и центральный эффект. Последний достигается благодаря проникновению препарата через гематоэнцефалический барьер.

Преимуществами золмитриптана по сравнению с другими триптанами являются:

- 1) более высокая клиническая эффективность при пероральном приеме (максимальный терапевтический эффект развивается в течение 1 ч после приема препарата);
- 2) более быстрое достижение терапевтического уровня препарата в плазме крови;
- 3) меньшее суживающее влияние на коронарные сосуды.

Золмитриптан применяется в таблетках по 2,5 мг.

Однако при применении золмитриптана чаще возникают побочные эффекты.

Побочные явления агонистов серотониновых рецепторов: чувство покалывания, давления, тяжести в разных частях тела, гиперемия лица, усталость, сонливость, слабость.

Наратриптан (нарамиг) отличается длительным действием (до 24 ч), поэтому при его применении реже возникают рецидивы. Однако эффект этого препарата развивается более медленно (в течение 2 ч), поэтому его целесообразно назначать при медленно развивающихся затяжных приступах, например при менструальной мигрени. Препарат может купировать приступы средней тяжести, но при тяжелых приступах уступает по эффективности суматриптану. В то же время наратриптан реже вызывает побочные эффекты, чем суматриптан.

Для ризатриптана характерен более быстрый, по сравнению с другими триптанами, эффект. Однако по окончании действия начальной дозы у 40 % больных возникает рецидив головной боли, что требует повторного приема препарата.

Препараты 2 и 3-й групп являются в настоящее время базовыми средствами, используемыми для купирования мигренозных приступов.

Дополнительно применяют противорвотные средства, которые не только устраняют тошноту и рвоту, но также улучшают всасывание и повышают эффективность анальгетиков. Наиболее часто применяют метоклопрамид (церукал), домперидон (мотилиум), прометазин (пипольфен) или прохлорперазин (метеразин). Обычно противорвотные препараты рекомендуют принять за 10–20 мин до приема анальгетика. При рвоте эти препараты вводят ректально (в виде свечей), внутримышечно или внутривенно. При тяжелой рвоте в случае непереносимости или неэффективности указанных выше средств может быть использован ондансетрон (зофран).

Профилактическое лечение

Цель профилактического лечения заключается в снижении частоты, тяжести и длительности приступов, повышении эффективности средств, купирующих приступы, повышении качества жизни больного. Задача излечения от мигрени является неправомерной в силу наследственной природы заболевания. Профилактическое лечение состоит прежде всего в устранении провоцирующих факторов, в том числе диетических. Не менее важны регулярное питание, полноценный сон, снижение потребления кофеина и алкоголя, дозированные физические нагрузки, коррекция сопутствующих невротических

расстройств, артериальной гипертензии. Профилактическое лечение в межприступном периоде проводится больным с частотой атак 2 раза и более в месяц. При этом необходимо курсовое лечение длительностью 2–3 месяца. Пациентам, страдающим редкими мигреневыми приступами, профилактическая терапия не показана.

Оральные контрацептивы часто (но не всегда!) утяжеляют течение мигрени, поэтому пациентам обычно рекомендуют использовать другие способы контрацепции. В то же время следует учитывать, что препараты, содержащие только прогестоген, реже провоцируют приступы, чем комбинированные оральные контрацептивы. У ряда больных эффективны нефармакологические методы:

- 1) методы психомоторной релаксации;
- 2) методы, основанные на применении биологической обратной связи;
- 3) поведенческая терапия (обучение контролю за поведением, способам предупреждения и разрешения стрессовых ситуаций);
- 4) применение плацебо, т. е. «пустышки», когда лекарственный препарат без ведома пациента заменяется на какое-либо средство нейтрального действия (например, глюконат кальция). При этом у ряда больных в силу особенностей психики возникает ощущение эффективности лекарства, и приступы мигрени не возникают. Однако продолжительность эффекта плацебо часто не превышает нескольких месяцев;
- 5) мануальная терапия и массаж шейно-воротниковой области показаны в тех случаях, когда локальное напряжение шейных мышц или болевая импульсация из шейного отдела выступают в роли пускового фактора. В этих случаях применяют также физиотерапевтические методы, рефлексотерапию.

Эти методы особенно важны при непереносимости медикаментозного лечения. При неэффективности нефармакологических методов лечения профилактику приступов мигрени проводят с помощью фармакологических средств. Фармакологическое профилактическое лечение особенно показано в следующих случаях:

- 1) при частых (более 3 в месяц) и тяжелых затяжных (более 48 ч) приступах, существенно нарушающих жизнедеятельность больного;
- 2) при неэффективности и непереносимости купирующих средств или тенденции к злоупотреблению ими;
- 3) при гемиплегической, базилярной мигрени, мигрени с удлинённой аурой или мигреновом инфаркте (в связи с риском поражения головного мозга).

Препарат выбирают с учетом его побочного действия и сопутствующих заболеваний, как правило, следуя от более безопасных препаратов к более эффективным. Наиболее широко применяют бета-блокаторы, антидепрессанты и нестероидные противовоспалительные средства. Предпочтительнее монотерапия (т. е. прием какого-либо одного препарата), но иногда более безопасен прием 2, редко 3 препаратов, но в более низкой дозе. Лечение начинают с минимальной дозы, медленно наращивая ее до эффективной или наступления побочного эффекта. Больные нередко прекращают прием препарата через 1–2 недели, считая, что он неэффективен, поэтому врач должен предупредить, что эффекта следует ожидать не ранее чем через 1–2 месяца. Подбор нужного препарата и эффективной дозы облегчается, если больной ведет специальный дневник головной боли.

Препарат заменяют, если в течение 2–3 месяцев эффект не получен (следует заметить, что, как показывает практический опыт, лечебное действие хотя бы в минимальной степени проявляется в течение 1-го месяца лечения, но для развития полного эффекта может потребоваться более длительный срок).

Профилактическое лечение продолжают не менее 3–6 месяцев, после чего при стойком эффекте можно сделать попытку постепенно отменить назначенные средства.

1. Бета-блокаторы. Из группы бета-блокаторов часто используют пропранолол (анаприлин). Возможно также применение надолола (кор гард) и тимолола. Метопролол и атенолол (тенор мин) применяют при наличии дополнительных показаний. Ацебуталол и

пиндолол не эффективны.

Побочные эффекты (депрессия, снижение артериального давления, учащение сердцебиений, увеличение веса, снижение устойчивости к физической нагрузке) обычно возникают при применении больших доз бета-блокаторов. Ввиду возможности импотенции следует избегать их применения у молодых мужчин (особенно в высокой дозе). Бета-блокаторы не рекомендуют использовать при базилярной, гемиплегической мигрени, а также при мигрени с удлиненной аурой.

2. Антидепрессанты редко применяют в качестве монотерапии, но часто добавляют к другим средствам. Наибольший опыт накоплен в отношении амитриптилина. Эффективная доза амитриптилина широко варьируется в зависимости от индивидуальной реакции. Возможно применение и других трициклических антидепрессантов (мелипрамина, доксепина). При выраженном побочном эффекте (сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания) или нарушении сердечной деятельности назначают более безопасные селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин (прозак), флувоксамин, сертралин, или тетрациклические средства (например, миртазапин), однако по эффективности они, по-видимому, уступают трициклическим препаратам.

3) Нестероидные противовоспалительные средства особенно часто применяют при менструальной мигрени. Ввиду опасности возникновения желудочных осложнений нестероидные противовоспалительные средства принимают во время еды или сразу после нее и сопровождают профилактическим приемом средств, понижающих желудочную секрецию, – омепразола, ранитидина, фамотидина. Довольно безопасен и эффективен прием малых доз аспирина. Аспирин является средством выбора, если у пациентов регулярно возникает аура без головной боли. В качестве профилактического средства применяют также кетопрофен. Индометацин для профилактики не эффективен.

4) Антиконвульсанты. Препараты вальпроевой кислоты (депакин, депакот) могут оказать хороший эффект в резистентных случаях. Предпочтительнее использовать препараты с замедленным высвобождением, например депакинхроно. Побочные эффекты – увеличение массы тела, выпадение волос, дрожание пальцев рук, раздражение желудочно-кишечного тракта, токсическое действие на печень, сонливость, воздействие на красные кровяные клетки – тромбоциты. В последние годы показана умеренная эффективность и других антиконвульсантов, действующих на гамкергическую систему, – габапентина (нейронтин) и топирамата (топамакс).

5) Антисеротониновые средства обычно используют лишь при неэффективности других, более безопасных средств. Наиболее эффективен метисергид (сансерт). У детей эффективен ципрогептадин (перитол). У взрослых он менее эффективен и к тому же часто вызывает сонливость и увеличение массы тела, но иногда его используют у больных с нарушением сна (противопоказания – глаукома, аденома предстательной железы). Третий антисеротониновый препарат – пизотифен – более безопасен, чем метисергид, однако и он нередко вызывает увеличение веса и сонливость, хотя и оказывает умеренный антидепрессивный эффект. Антисеротониновых средств следует избегать у пациентов с базилярной, гемиплегической мигренью, а также мигренью с удлиненной аурой.

6) При тяжелых приступах менструальной мигрени целесообразно профилактическое назначение противомигренозных препаратов за 2–3 дня до начала месячных. Прием препаратов продолжают вплоть до окончания опасного периода (в течение 4–10 дней). Чаще всего используют напроксен, ибупрофен, кетопрофен, препараты магния, амитриптилин или пропранолол. Поскольку менструальная мигрень провоцируется резким падением уровня эстрогенов, для предупреждения ее приступов иногда используют препараты эстрогенов, чаще в виде наклеиваемых пластырей (эстрадерм или дерместрил). Как и другие препараты, их назначают на 7 дней, начиная за 3 дня до ожидаемого срока менструаций.

Больным, страдающим мигренью, рекомендуется молочно-растительная диета, так как в мясе и рыбе могут содержаться вещества, провоцирующие приступ; больные не должны

употреблять алкогольные напитки, крепкий чай и кофе, им противопоказано курение. Важно следить за ежедневным опорожнением кишечника. Достаточно продолжительным (в зависимости от возраста) должен быть ночной сон. Таким больным рекомендуется спать после обеда 1–2 ч и как можно больше находиться на свежем воздухе. Обязательны ежедневные прогулки пешком. Лица умственного труда должны заниматься легким физическим трудом, предпочтительно на воздухе.

С учетом общего состояния организма рекомендуются физические упражнения, общий массаж, гидропроцедуры: ванны температурой 36 °С, в течение 10 мин с последующим струевым душем на ноги (температура 40–42 °С) в течение 2 мин, ножные теплые ванны перед сном.

Биологическая обратная связь.

Биологическая обратная связь – немедикаментозный метод лечения и тренировки, основанный на использовании скрытых резервов организма (самосовершенствовании).

История человека – история его борьбы с самим собой: борьбы с болью, страхом, усталостью. Тысячелетний опыт буддистских монахов или индийских йогов заслуженно вызывает удивление и восхищение, за годы упорных тренировок они вырабатывают умение не чувствовать боли, не испытывать усталости или страха, с помощью медитации быстро восстанавливать силы, не нуждаясь в длительном отдыхе.

Методика биологической обратной связи является синтезом многовекового опыта человека и современных технологий, позволяющих добиваться положительного результата в течение 10–15 сеансов там, где раньше требовались годы тренировок. Хотелось бы сразу оговориться, что перед пациентом не ставится задача научиться спать на гвоздях и ходить босиком по горящим углям. Цель – избавить его от головной боли, научить противостоять стрессу, не поддаваться паническим атакам, избавиться от бессонницы, бороться с усталостью.

Биологическая обратная связь предусматривает активное участие человека в процессе коррекции своих физиологических функций и двигательных навыков.

Как это происходит? Через датчики на экране монитора отражается состояние пациента (мышечное напряжение, частота пульса, периферическая температура, ритмы головного мозга) в виде графиков, рисунков, музыки. Благодаря такой наглядности можно легко убедиться в возможности управления своим организмом в нужном направлении. Датчики будут фиксировать все изменения и при успешном достижении цели информировать об этом музыкой и изменяющимся изображением.

Таким образом формируется и закрепляется навык.

Задача пациента – не бояться и не расстраиваться, если что-то не получится сразу. Задача врача – научить пациента расслабляться, пропуская боль, страх, отчаяние и усталость мимо себя. Воспринимая аудио– и видеосигналы обратной связи, можно увидеть и услышать внутренние, скрытые до времени резервы организма и, используя их, усовершенствовать нормальные и скорректировать нарушенные функции.

Путем неоднократного повторения, т. е. путем тренировки, в центральной нервной системе формируется и закрепляется новая стратегия поведения, обеспечивающая возможность самостоятельно, без помощи лекарственных препаратов, справляться с болью, стрессом, страхом, усталостью, обрести уверенность в себе и в конечном результате улучшить качество жизни.

Упражнения на релаксацию и расслабление

Помочь достигнуть душевного равновесия, которого зачастую так не хватает пациентам с мигренью, могут простые упражнения на релаксацию. Они доступны для понимания и выполнения и не требуют какой-либо специальной подготовки. Зато они

высокоэффективны и могут выполняться в любой обстановке.

Сделайте глубокий вдох, считая при этом до восьми. Затем сожмите губы и медленно выдыхайте, считая до шестнадцати или еще дольше, если сможете. Сосредоточьтесь на шуме вашего дыхания и постарайтесь представить, как напряжение растворяется при выдыхании. Сядьте поудобнее и успокойтесь.

Представьте себе пару вращающихся дверей. Вдыхая, вообразите, что дверь вращается внутрь. При выдохе дверь вращается наружу. Продолжайте дышать, согласовывая вдох и выдох с вращением дверей. Если во время наблюдения за дверью в вашу голову приходят другие мысли, позвольте им войти внутрь через вращающуюся дверь и сразу же выйти наружу с выдохом. Разрешите себе временно ослабнуть. Расслабьтесь. Вращающаяся дверь становится гипнотической, поддерживая у вас правильное и регулярное дыхание.

Сядьте, а еще лучше прилягте. Начав расслабление с макушки, говорите сами себе: «У меня постепенно расслабляется лоб, расслабляется челюсть, расслабляется рот, расслабляется шея и т. д.» Сосредоточьтесь на расслаблении каждой части вашего тела, какой-нибудь одной в каждый отдельный момент времени. Вскоре вы будете так же мягки, как тряпичная кукла.

Это упражнение на напряжение и расслабление. Часто мы не осознаем наличия мышечного напряжения в нашем теле. Это упражнение даст вам возможность почувствовать напряжение и ощутить то, как происходит расслабление. Выберите какую-нибудь часть тела, например челюсть. Сожмите челюсти, крепко сцепив зубы, и заставьте мышцы напрячься. Затем расслабьте мышцы. Почувствуйте разницу. Прodelайте то же, например, с рукой. Сожмите ее в кулак, потом разожмите. Опять обратите внимание на расслабление. Сядьте спокойно и сосредоточьтесь на дыхании. Представьте, что ваше лицо становится гладким как стекло, без единой морщинки или складки. Вообразите ваше лицо подобным прозрачному, как стекло, абсолютно неподвижному озеру. При этом не забывайте равномерно и спокойно дышать. Представьте, что вы на пляже. Понаблюдайте за прибоем, накатывающимся на берег и отступающим назад. Услышьте мерный и спокойный рокот волн. Сосредоточьтесь на тихом, спокойном пляже по крайней мере минут пять. Сядьте в кресло. Закройте глаза и медленно дышите. Положите, совершенно расслабив, руку на живот и почувствуйте, как она поднимается и опускается с каждым вдохом и выдохом. Вы дышите при помощи диафрагмы. Используйте метод дыхания диафрагмой, как в предыдущем упражнении. Когда выдыхаете, повторяйте про себя одно из слов снова и снова например, «тишина, расслабление, умиротворенность, молчание, гармония, спокойствие или легко».

Упражнения на расслабление.

Первый уровень (для начинающих):

1. Лягте на спину, ноги вместе, руки вдоль туловища. Закройте глаза.
2. Сцепите руки в замок, переплетя пальцы, и вытяните их за головой, потянитесь пятками вперед. Ноги и руки при этом как бы растягивают туловище. Затем расцепите руки, сожмите кисти в кулаки, переведите руки вдоль туловища и резко расслабьтесь. Носки и пятки разойдутся, расстояние между пятками составит одну пятку. Руки лягут на ребра ладоней с большим разворотом вверх, не касаясь тела. Голова может отклониться в сторону.
3. Ощутите свою кисть (для женщин – правую). Вот она. Кисть лежит на полу. Почувствуйте твердый пол и тяжесть кисти, которая давит на пол. Можно мысленно погладить кисть или опустить в ванну с горячей водой. Задача – почувствовать в пальцах, ладо ни или во всей кисти тепло, тяжесть, покалывание, пульсацию, сосредоточиться на них, закрепить и за помнить. Если совсем не получается, можно произносить в уме формулы самовнушения, подобные этой: «Моя рука становится теплой и тяжелой» и тому подобное, но на высоких ступенях расслабления словесные формулировки станут помехой.

Лучше сосредоточиваться на ощущениях, образах. Мысленно представьте свою руку, ощутите ее тяжесть – дальше все пойдет само собой. Если же это не удастся, мысли убегают – надо произносить приказы. Очень эффективно координировать формулы самовнушения с ритмом дыхания. При этом на вдохе следует произносить название части тела, а на выдохе – описание желаемого состояния. Например, вдох: «Моя рука становится...», выдох: «...теплой и тяжелой».

4. Добившись тяжести и тепла (для гипотоников – прохлады) в одной кисти, нужно вызвать такие же ощущения в другой. Потом распространить их на всю руку, затем на другую. Теперь прочувствуйте сразу обе руки.

5. По очереди расслабьте ноги. Женщины начинают с правой ноги. Однако если кисти расслабляются довольно легко (без труда можно ощутить каждый палец в отдельности и даже незначительные участки пальца или ладони), то стопы расслабить значительно труднее, а выделить пальцы сначала скорее всего вообще не удастся. Поэтому можно пошевелить пальцами ноги, напрячь ступню, почувствовать свои пальцы на ноге, сосредоточиться на ощущениях, а затем уже расслабиться. Затем расслабить всю ногу. Почувствуйте под ней пол, ощутите, как пятка давит на этот пол, как нога становится теплой и тяжелой, мышцы стекают вниз... Наполнив теплом и тяжестью всю ногу, расслабьте другую, потом две ноги вместе, затем – руки и ноги вместе.

6. Расслабьте ягодицы, затем спину, живот, грудь. Для ягодиц и спины хорошо помогает ощущение твердого пола под ними и тяжелого тела сверху, прижимающего спину и ягодицы к полу. На живот можно мысленно положить наполненный горячей водой футбольный мяч. Этот мяч делает мышцы пассивными и согревает их, живот при этом полностью провисает. Грудная клетка к этому моменту расслабится сама, достаточно зафиксировать на ней внимание. Возможно, станет да же тяжело дышать. Не надо прилагать никаких усилий, тело само отрегулирует воздухообмен. Чтобы проверить, не «потерялась» ли какая-нибудь часть тела, надо мысленно «пробежаться» по нему. Если, скажем, левая рука «пропала», стала невесомой, ничего страшного. Можно снова вернуть чувство тепла и тяжести или оставить все как есть.

7. Расслабьте шею. Сделайте мышцы пассивными, вызовите тяжесть и тепло (для гипотоников, как всегда, – прохладу).

8. Расслабьте лицо. Добейтесь ощущения, что все мимические мышцы скатываются, сползают вниз, как будто их наполнили горячей тяжелой жидкостью. Глаза тоже расслаблены и спокойно лежат в глазницах. Веки совершенно пассивны. Глаза расслабить не удастся, если они сильно освещены. При ярком свете и зрачки, и глаза будут иметь какой-то тонус. Поэтому располагаться надо так, чтобы голова была закрыта от прямых лучей, или выполнять упражнения в полутьме. Лоб и голову, в отличие от остального тела, расслабляют по-другому. Тепло и тяжесть в области лба и в голове вызывать нельзя! Достаточно несколько раз мысленно погладить лоб рукой и «расправить» скальп (волосистую часть головы). При расслаблении жевательных мышц и языка в первое время может интенсивно выделяться слюна. В дальнейшем это пройдет. Нижняя челюсть отвисает, но рот должен оставаться закрытым.

9. Расслабив по отдельности все части тела, нужно прочувствовать его целиком. На этом заканчивается первый этап релаксации. Если вам удастся, скажем, за 10 мин полностью расслабить тело, то вы достигли уже заметных успехов. Когда это будет получаться за 3–4 мин, можно осваивать релаксацию дальше.

Рекомендации:

1) расслабляться лучше в спокойном месте, теплом, тихом, не очень освещенном, с чистым воздухом и без сквозняков. Если прохладно, лучше одеться потеплее. Начинаящим бывает трудно вызвать ощущение тепла в замерзающей ноге;

2) очень важно не терять контроля над сознанием, иначе уставший человек просто заснет. Это в общем не страшно, и минут через двадцать он проснется хорошо отдохнувшим. Но при сознательном расслаблении эффект получается еще большим. Пока

мысли твердо удерживаются на предмете концентрации, т. е. на мышцах, заснуть невозможно. Но как только мысли «поплывут», начнут перескакивать с одного на другое, то, если их не обуздать и не направить в требуемую точку тела, сон почти неизбежен;

3) для успешного освоения техники релаксации упражнение стоит делать 2–3 или даже 4 раза в день, хотя бы по 3–5 мин («полное» время – 10 мин). Это особенно важно для тех, у кого накопилась хроническая усталость, кто засыпает во время расслабления. Очень хорошо расслабляться перед сном, только делать это лучше на полу, на коврик, а уже затем перелечь в постель. В кровати, тем более под одеялом, делать упражнения по всем правилам не следует. Это может привести к бессоннице. В постели же неплохо просто расслабить тело, быстро «пробежаться» по нему, убрать скованность. Особенно важно расслабить лицо. Тогда сон будет более полноценным. Но подолгу расслаблять части тела и «летать» желательно все же на полу;

4) еще один вопрос, связанный с дыханием. На начальном этапе об этом вообще не нужно задумываться, пусть легкие дышат, как хотят.

Второй уровень (для освоивших начальное расслабление).

1. Лечь на спину, пальцы переплести, потянуться пятками вперед, перевести руки вдоль туловища, резко расслабиться, выдохнуть. Расслабить ноги, таз, руки, грудь, живот, поясницу, спину, шею, лицо, голову, т. е. все тело. Рекомендуется именно такая последовательность. Ноги (сразу обе) следует расслаблять, начиная от пальцев. Руки – тоже от пальцев, затем кисти, запястья и т. д.

2. Для контроля еще раз пройтись мысленным взором по частям тела.

3. Ощутить холод в области лба, над переносицей. Можно мысленно приложить ко лбу кусочек льда, можно чувствовать, как при вдохе проходящий через носоглотку воздух поднимается до самого лба и охлаждает его, а на выдохе сохранять холод.

4. Следующий шаг – отчуждение тела, разотождествление с ним. Чувство тепла и тяжести переходит в ощущение воздушности, легкости, невесомости, потери чувствительности. Одна из техник: начиная с кончиков пальцев ног представлять, как от ног к голове движется плоскость, граница раздела: выше нее – ваше тело, горячее и тяжелое, а ниже – бесчувственное, невесомое, как бы чужое.

Однако можно и сразу представлять себя парящим в небе, иногда это легче. Для освоивших начальную стадию релаксации пройти этот этап обычно не составляет большого труда, при длительном расслаблении «воздушность» часто возникает сама собой.

5. Войдя в состояние легкости, представить вокруг себя (вверху, внизу, по сторонам – всюду) бескрайнее голубое небо. Реальное, отчетливое, ослепительно-голубое небо. У кого-то это получается сразу, а некоторым может понадобиться несколько недель тренировки.

Рекомендации:

1) перед релаксацией следует дать себе установку, какое время отводится на упражнение. Сказать себе и больше можно об этом не думать. В указанный срок подсознание даст нужный сигнал;

2) эффект от упражнений усилится, если в конце, уже после потягивания, дать себе положительный эмоциональный настрой: почувствовать себя бодрым, свежим, энергичным. Это удивительное упражнение помогает снять усталость, заснуть в любой обстановке или, напротив, заменить сон коротким отдыхом, справиться со стрессом и побороть апатию. Занимаясь релаксацией, человек забывает, что такое усталость, исполняется бодрости и работоспособности. Считается, что 10 мин релаксации заменяют 2-часовой сон, а при совершенном освоении упражнения – 4-часовой. Она помогает снять усталость, дает умение заснуть в любой обстановке, снять стресс и побороть апатию. Выполнять упражнение может любой, даже тяжело больной человек. Регулярная практика обеспечивает постепенный, но неуклонный прогресс в контроле над сознанием.

Упражнение на концентрацию (созерцание свечи).

Это очень сильное упражнение, оно применяется для гармонизации и уравнивания нервной системы человека. Нужно удобно сесть в затемненной комнате, держа спину прямо. (Обычно свечу созерцают вечером после захода солнца. Очень хорошо практиковать созерцание перед сном.) На расстоянии около 1,5 м от лица поставить зажженную свечу примерно на линии глаз. Если свечу установить слишком низко, голова в процессе созерцания будет опускаться. Затем следует расслабиться и просто смотреть на пламя, не моргая. Поначалу это будет непросто, но очень скоро появится способность по несколько минут глядеть на пламя безо всякого напряжения.

Как только возникнет резь в глазах, их надо прикрыть и попытаться с закрытыми глазами увидеть образ свечи. Такое состояние видения с закрытыми глазами желательно удерживать как можно дольше. Во время разглядывания пламени нужно постараться ни о чем не думать, а просто смотреть. Это очень трудно, навык придет лишь после долгой практики. Мысли обычного человека очень беспокойны и плохо поддаются управлению. И не надо раздраженно пытаться отогнать их, это совершенно бесполезно. Лучше попробовать про себя улыбнуться и переключиться на центр пламени.

Желательно отделять себя от своих мыслей, оценивать все как бы со стороны и делать это неизменно доброжелательно. Время созерцания необходимо постепенно довести до 10–15 мин, но не надо перенапрягаться.

Переутомление может привести к ухудшению зрения, в то время как занятия лишь до появления усталости способствуют лучшей зоркости.

При регулярных занятиях нормализуется работа нервной системы, повышается качество сна, улучшается характер.

Упражнение на релаксацию (задержка дыхания).

Один из методов скорой помощи в стрессовой ситуации – задержка дыхания на выдохе. Когда человек не владеет собой, находится на грани срыва, просто не может успокоиться, метод оказывается на редкость эффективным. Нужно удобно сесть или лечь на спину. Спокойно выдохнуть (не усердствуя, часть воздуха остается) и зажать нос двумя пальцами. Не дышать, пока хватает сил, буквально чуть ли не до потемнения в глазах. Повредить себе такой задержкой нельзя. Затем медленно вдохнуть через нос. Именно медленно, как бы наполовину, но ни в коем случае не взрывообразно. Затем неспешно выдохнуть и после этого продолжать в течение 1–2 мин спокойно дышать.

Разговаривать в это время нельзя. Задержку повторяют 3–4 раза подряд с интервалом в 1–2 мин. В промежутках свободно и ритмично дышат. Главное – вовремя вспомнить об этом способе, и тогда даже после тяжелейшего стресса человек обретет способность трезво и без лишних эмоций оценить ситуацию.

Примечание. Попутно упражнение помогает при астме, гипо- и гипертонии, нарушениях обмена веществ, неврозах, невралгиях, бессоннице. Выраженный лечебный эффект проявляется в считанные недели, а иногда и дни. У здорового человека в спокойной обстановке задержка дыхания в норме должна быть не меньше 1 мин (а лучше до 2 мин). Сокращение этого времени говорит о неблагополучии в организме, а уменьшение его до 15–20 с – о серьезной болезни. В этом случае желательно практиковать задержки ежедневно. Только одним этим способом можно вылечить или существенно облегчить множество заболеваний.

Комплекс физических упражнений на постановку дыхания.

1. Исходное положение – лежа на спине, ноги умеренно согнуты в коленях. Руки кверху за голову – вдох, руки вниз вдоль туловища – выдох.

2. Исходное положение – стоя на коленях. Руки в стороны – вдох, руки опущены вниз – выдох.

3. Исходное положение – лежа на спине. Колени сближаются руками, при этом

оказывается сопротивление (упражнение для мышц тазового дна).

4. Исходное положение – лежа на спине. Колени раздвигаются в стороны, при этом руками оказывается сопротивление.

5. Исходное положение – лежа на спине. Ноги согнуты в коленях. Мостик с подъемом туловища вверх с упором на ступни и плечи – вдох, опускание туловища – выдох.

6. Исходное положение – сидя на полу. Раздвигание ног в стороны – вдох, сдвигание – выдох.

7. Исходное положение – стоя у опоры. Попеременное поднятие ног, согнутых в коленях.

8. Исходное положение – лежа на спине. Приподнимание на руках вверх – вдох, опускание – выдох.

9. Исходное положение – стоя на коленях, руки на талии. Повороты туловища в стороны – вдох, возвращение в исходное положение – выдох.

10. Исходное положение – стоя со слегка раздвинутыми ногами, руки заложены за голову. Наклон вперед – вдох, выпрямление – выдох.

11. Исходное положение – стоя со слегка раздвинутыми ногами, руки на талии. Сгибание туловища в стороны – вдох, выпрямление – выдох.

12. Исходное положение – стоя у опоры. Попеременное отведение ноги в сторону – вдох, возвращение в исходное положение – выдох.

13. Исходное положение – стоя у опоры. Поднятие согнутой в колени ноги вверх – вдох, опускание – выдох.

14. Исходное положение – стоя у опоры. Попеременное свободное качание ног. Нога вперед – вдох, отведение назад – выдох.

Нормальный сон

Как было сказано выше, мигрень может возникать при нарушении сна: как при недосыпании, так и при чрезвычайно длительном сне. Для человека чрезвычайно важен нормальный здоровый сон, который нормализует и психические, и физиологические функции организма.

Для того чтобы сон не превращался в муку, а приносил только успокоение и отдохновение, нужно рассмотреть основные правила.

1. Непосредственно перед сном следует исключить прием пищи. Последний прием пищи должен быть не позже чем за 4 ч до отхода ко сну. Это полезно не только для нервной системы, но и для желудка. За 2 ч до сна можно принимать только легкую пищу (овощи, фрукты, кисломолочные продукты).

2. Ложиться желательно не позже 22–23 ч. Самое полезное время для сна – с 11 ч до 5 ч. Для нормального ночного сна вполне достаточно 5–6 ч. В любом случае сон обязательно должен захватывать время от 2 ч ночи до 4 ч утра. В это время сон самый сильный, нужно постараться поспать в это время хотя бы 1 ч. Днем спать не рекомендуется. Если возникает дневная усталость, то лучше выполнить несколько упражнений на релаксацию. Особенно нежелательно спать перед закатом солнца. Продолжительность сна зависит от съеденного за день: чем меньше съел, тем меньше требуется сна. Мало спят долгожители – не более 4–6 ч в сутки. Нежелателен трехсменный режим работы, особенно график, когда смена меняется каждую неделю.

3. Спать рекомендуется головой на север (или на восток). Требование правильной ориентации тела в пространстве связано с необходимостью согласования электромагнитных полей. Направления движения электромагнитных волн земной коры и человека должны совпадать. Используя этот метод, Гельмгольц даже лечил людей.

4. Спать лучше на твердой ровной поверхности. На мягких перинах тело неизбежно прогибается, что вызывает нарушение кровоснабжения спинного мозга и различных

органов, которые оказываются зажатыми. Кроме того, это приводит к ущемлению нервных окончаний, что может неблагоприятно сказаться на любой части тела. Недаром тем, кто перенес травму позвоночника, и больным радикулитом врачи рекомендуют спать на совершенно жестком ложе.

В идеале кровать (хотя бы под матрасом) должна быть из неокрашенных и не покрытых лаком досок. Но неплохо и просто разместить на сетке или другой основе лист фанеры. Сверху можно положить в 1–2 слоя ватное одеяло и плед или даже обычный ватный матрац. Здоровым людям лучше обходиться без подушки или ограничиться тонкой и достаточно плотной подушкой. Это поддерживает в нормальном состоянии шейный отдел позвоночника, улучшает мозговое кровообращение, способствует нормализации внутричерепного давления, предупреждает образование морщин на лице и шее.

Однако больным с сердечно-сосудистой недостаточностью и бронхиальной астмой не стоит отказываться от подушки до излечения основного заболевания, а в периоды обострения можно воспользоваться и 2–3 жесткими подушками.

5. Спать желательно как можно более обнаженным, чтобы одежда не стесняла тело. Если холодно, лучше накрыться лишним одеялом.

6. Хуже всего спать все время на животе. Лучше всего – на боку, переворачиваясь несколько раз в течение ночи с одного бока на другой (переворачивание происходит автоматически), чтобы не перегружать почки и другие органы. Можно спать и на спине.

7. Ночные сквозняки очень вредны, они приводят к насморку и простуде. Лучше всего открыть форточку, но плотно закрыть дверь, или оставлять открытым окно в соседней комнате и не закрывать двери. Понижения температуры можно не бояться, главное – избегать сквозняков. В крайнем случае можно как следует проветривать спальню перед сном. Чтобы избежать простуды, спать следует в носках.

8. Сон человека делится на циклы, каждый из которых состоит из фаз «быстрого» и «медленного» сна различной глубины. Обычно циклы длятся от 60 до 90 мин, причем подмечено, что у здоровых людей продолжительность цикла составляет около 60 мин. Однако к утру, особенно при чрезмерно долгом сне, циклы сильно растягиваются. Одновременно резко повышается удельный вес «быстрого» сна, во время которого мы видим сновидения. Для полного отдыха достаточно спать 4 своих биоцикла. Именно столько спят многие долгожители. Однако нормально спать и 6 биоциклов. Очень важно не прерывать сон во время биоцикла. Если разбудить человека в середине одного из таких интервалов, то он будет чувствовать себя неотдохнувшим, разбитым. Поэтому лучше вставать не по будильнику, а по «внутренним часам». Если вы все-таки заводите будильник, то нужно распределить время таким образом, чтобы на сон приходилось целое число циклов. В экстремальных условиях можно спать по 2 биоцикла. Но для многих все это остается недостижимой мечтой. Одни спят по 10–11 ч и никак не могут подняться, другие, напротив, страдают бессонницей.

9. Главное правило для любителей долгого сна: не залеживайтесь в постели! Польза от такого вылеживания весьма сомнительная. Если начать вставать в 4 или 5 ч утра, то освободится масса времени для гимнастики, водных процедур, дел по дому. Правда, первые 5–7 дней утром или днем будет хотеться спать, но это не истинная потребность, а лишь привычка организма. Потом это пройдет. Но в течение дня желательно несколько раз проводить расслабление.

10. Перед сном рекомендуется освободиться от возбуждающих нервную систему переживаний уходящего дня. Прodelать упражнения на созерцание, релаксацию, настроиться на полноценный сон, дающий отдых и восстановление сил всего организма. Известен мудрый афоризм: «Спокойная совесть – это лучшее снотворное». Чтобы ускорить самосовершенствование, человек обязательно должен перед сном проанализировать все свои мысли, слова и действия, имевшие место в течение прожитого дня. Самоанализ можно проводить в любом положении, но лучше всего – лежа на спине с вытянутыми ногами и руками, обращенными ладонями вверх, чтобы мышцы всего тела

были расслаблены. В таком положении для жизнедеятельности мышц требуется минимальное количество энергии, а значит, большее ее количество обеспечивает работу мозга. При сильной усталости ног лучше принять позу лежа на спине с согнутыми и прижатыми к груди ногами. Такая поза способствует отдыху вен ног, облегчает кровообращение и работу сердца.

Ароматерапия

Ароматерапия – наука древнейшей эстетики и медицины. Применение ароматов народами Египта, Индии, Китая, Древней Греции было таким же естественным, как утоление жажды, сон или прием пищи. Ароматы помогали ребенку появиться на свет или провожали усопшего в загробный мир, без них были немислимы религиозные обряды и простые празднества.

Многие природные вещества трактуются как естественные оздоровительные средства, поскольку они в большинстве своем нетоксичны, не обладают побочными эффектами, не разрушают слаженность и гармоничную работу организма и стимулируют процессы саморегуляции.

Действие фитопрепаратов, за редким исключением (ландыш, опиный мак, конопля), мягкое и постепенное, что позволяет организму адаптироваться к позитивным изменениям и усвоить данный природой урок.

В ароматерапии главным образом используются эфирные масла, которые представляют собой растительные летучие многокомпонентные органические вещества. В состав эфирных масел входят от 50 до 500 различных соединений: терпены, спирты, кетоны, альдегиды, фенолы и др. Существуют натуральные и синтетические эфирные масла.

Натуральные эфирные масла представляют собой высококонцентрированные растительные экстракты, полученные путем выпаривания или экстрагирования из цветов, ягод, семян, корней, коры и цитрусовой цедры. Несмотря на свое название, они не маслянистые и не жирные. Эти масла можно назвать кровью растений, они легко теряют свою жизненную силу при небрежном получении и хранении. Стоимость эфирных масел непосредственно зависит от количества сырья, необходимого для получения масла. У каждого растения оно свое. Например, из лепестков 30 роз можно получить только 1 каплю розового масла, отсюда и его высокая цена, хотя есть и более дешевые масла.

Синтетические ароматы или ароматизированные масла создаются искусственным путем в лабораториях. Говоря техническим языком, ароматизированные масла на самом деле не являются маслами – это скорее искусственные химические соединения. Эти продукты обычно носят экзотические названия цветов или фруктов, из которых не были получены. Например, не существует такой вещи, как настоящее персиковое или земляничное масло, а натуральное масло гвоздики пахнет так же, как масло клевера, из-за высокого содержания в нем эвгенола.

Несмотря на приятный запах, ароматизированные масла не обладают никакими целебными свойствами, так как не содержат неразбавленных активных ингредиентов натуральных растений. Они, разумеется, не могут применяться в лечебных целях, а в некоторых случаях нельзя допускать их попадания на кожу.

Не рекомендуется аромакурение этих веществ, поскольку отсутствуют какие-либо данные о безопасности подобной процедуры.

Срок годности эфирных масел неограничен. Нужно лишь соблюдать определенные правила хранения их:

- 1) флакон с эфирным маслом нужно плотно закрывать после использования;

- 2) температура хранения – от –5 до –30 °С;
- 3) флакон должен быть из темного стекла;
- 4) так как эфирные масла склонны к возгоранию, то не следует хранить их вблизи открытых источников пламени.

Эфирные масла воздействуют на центральную и вегетативную нервную систему за счет ассоциативных и рефлекторно-импульсных механизмов.

Стимулирующие ароматы: вербена, лимонник, мелисса, шалфей, мускат.

Адаптогенные ароматы: иланг, нероли, роза, мандарин.

Релаксирующие ароматы: валериана, ладан, лаванда, сандал, душица, сосна, мирра, жасмин, ромашка. Они благотворно влияют на эмоции и психологические мотивации.

Масла-психологи: бергамот, вербена, герань, душица, ель, имбирь, кедр, мандарин, нероли, пачули, роза, розмарин, ромашка, сандал и многие другие.

Натуральные компоненты эфирных масел помогают избегать переутомления, раздражительности, негативных эмоций при монотонном труде, повышают эффективность производимых действий. На этом основано их эргономическое действие. Наиболее сильно выражены эти свойства в лимоне, шалфее, эвкалипте, бергамоте, гвоздике, корице, мускате. При использовании эфирных масел следует соблюдать меры предосторожности, так как они представляют собой высококонцентрированные соединения, обязательно требующие разбавления.

Перед началом ароматерапии следует установить индивидуальную переносимость того масла, которое вы хотите использовать. Для этого нанесите несколько капель на кожу и наблюдайте за эффектом. Если видимого раздражающего действия нет, то это масло вам подходит.

Следует учитывать, что дети намного чувствительнее к ароматам, чем взрослые, и у них легче возникают аллергические реакции, поэтому доза масла для ребенка всегда ниже дозы взрослого.

Всегда нужно помнить, что глаза не выносят прямого контакта с эфирными маслами. Поэтому соблюдайте осторожность и не прикасайтесь к глазам, если руки у вас испачканы эфирным маслом.

Первые 2 раза не рекомендуется принимать ванну с эфирным маслом дольше 5 мин. При использовании масла в аромакурильнице первые два сеанса также не должны превышать 5 мин. Не стоит увлекаться стимулирующими маслами перед сном, если только вы всю ночь не собираетесь совершать подвиги. При беременности и эпилепсии применение эфирных масел возможно только под внимательным контролем специалиста в этой области. Не желательно применять одно и то же эфирное масло дольше, чем 21 день. Продолжить его использование можно после короткого перерыва (7–14 дней). Во избежание ароматического бардака не следует принимать внутрь более 7 капель любых масел в сутки.

С осторожностью при бессоннице следует применять следующие виды эфирных масел: мускат, шалфей, шизандра, цитронелла, чабрец. Не следует применять эти ароматы после 6 ч вечера, если только вы собираетесь лечь через 5–6 ч, а не позже.

При длительной ингаляции к перевозбуждению могут привести следующие масла: гвоздика, мускат, корица, шизандра, шалфей, чабрец. Не рекомендуется воскуривать их более 4 ч подряд.

При выраженном нервном истощении нежелательно использование гвоздики, кедр, корицы, муската, цитронеллы, шизандры, шалфея.

Применение валерианы не рекомендуется перед совершением действий, требующих активной мобилизации умственных и физических сил организма, так как она является мощным ароматом релаксации. Использование свойств этого масла возможно за 4–5 ч до события, требующего собранности, решимости и концентрации.

Способы применения ароматических масел

Ароматическая ванна: наиболее сильнодействующая методика, дающая быстрый позитивный эффект. Ароматические вещества быстро проникают через кожу, попадая в кровоток, одновременно они воздействуют на нервную систему через орган обоняния.

Наиболее распространенным методом использования эфирных масел при самолечении является добавление их в ванну. Капли тут же образуют на всей поверхности воды тонкую пленку, которая прилипает к коже и частично всасывается ею в теплой воде. Если вы используете такие масла, которые в больших количествах могут вызвать кожный зуд (например, масло мяты перечной), добавляйте в ванну только 3–4 капли, зато такого мягкого и, вообще говоря, совершенно безвредного масла, как лавандовое, можно брать 10 капель на ванну.

Есть два способа приема аромаванны.

Первый – классический. Масло смешивается с 30–60 г эмульгатора (соль, сода, мед, молоко, сливки, пена для ванны, отруби, лецитин), после чего полученная смесь добавляется в воду. Эмульгаторы помогают частичкам масла равномерно распределиться в толще воды, благодаря чему создается полный контакт с кожей.

Второй способ – для ленивых. В этом случае масло добавляется непосредственно в воду и создает на ее поверхности тонкую пленку. При приеме «ленивой ванны» важно очень медленно вставать и не вытираться полотенцем. Если вы предпочитаете душ, закройте отверстие для стока воды, добавьте несколько капель эфирного масла в воду, и, вдыхая восхитительный ароматный пар, вы почувствуете, насколько легче станет вашим ногам. Для эффективного увлажнения вотрите в кожу небольшое количество выбранной вами смеси масел для массажа и, не вытираясь, закутайтесь в полотенце.

Ножная ванна

Подержите ноги в теплой воде с 5 каплями выбранного вами эфирного масла или смеси масел. Ополосните ноги в холодной воде, вытрите их и помассируйте. Другой вариант – равномерно растворите 3 колпачка приготовленной смеси масел для массажа в ножной ванне.

Ополаскивание

Ополаскивание является одной из самых лучших адаптогенных методик, оберегающих здоровье тела и духа. Ежеутреннее и ежевечернее применение ополаскиваний закаливает организм, устраняет плохое самочувствие, придает ощущение бодрости.

В емкость с прохладной водой (3–5 л) добавьте 5–10 капель эфирного масла, поднимите ее на вытянутых руках над головой и вылейте всю воду себе на макушку. Во время процедуры глаза надо закрыть, а по окончании ее – промокнуть салфеткой. Эфирные талисманы удачи: роза, шалфей, нероли, ладан, можжевельник, каяпут, мирт, сосна, розмарин.

Массаж

Массаж с эфирными маслами производится с оздоровительной, профилактической или эстетической целью. Массаж оптимизирует не только обменные и нейрогуморальные процессы в тканях, но и стимулирует крово- и лимфоток. При этом эфирные масла

разводятся в каком-либо основном растительном масле и на кожу.

При домашнем использовании концентрация разведенного эфирного масла должна составлять 1 %. Поскольку бутылочки, в которых продаются эфирные масла, обычно снабжены капельницами, то эту концентрацию вы получите, добавив не более 20 капель на 100 мл основного масла. Вероятно, наиболее универсальной основой является миндальное масло: оно хорошо всасывается в кожу и к тому же питает ее.

Среди других пригодных основных масел можно назвать масло из виноградных косточек, подсолнечное и сафлоровое масла; наиболее нежным является кокосовое масло, но при невысоких температурах оно отвердевает. Для получения ароматерапевтического средства смешайте 5 капель выбранного вами эфирного масла или масел с 10 мл маслосносителя. Вы можете использовать один маслосноситель или смесь масел в качестве основы.

Для укрепляющего массажа используют лимон, ель, сосну, розмарин, кедр, эвкалипт, каяпут, мирт, гвоздику.

Для восстановительного массажа применяют герань, розу, фенхель, ромашку, петит грейн, нероли, бергамот, лаванду. При обезболивающем массаже используется найоли, гвоздика, имбирь, майоран, иссоп, мирт.

С эротической целью применяют бергамот, вербену, жасмин, ветивер, пачули, иланг-иланг, мирру, сандал.

Умывание

Умывание с ароматическим маслом представляет собой простую и незатейливую методику его применения, которая оказывается очень эффективной и дает заряд бодрости на целый день. Обеспечивает прекрасный цвет лица, выравнивает и освежает кожу, препятствует возникновению головных болей. В стакан воды приятной комнатной температуры добавьте 1–2 капли эфирного масла (розовое дерево, лаванда, мята, левзея, Melissa, роза, вербена, жасмин). Закройте глаза и выплесните на лицо ароматическую воду из стакана. Перед тем как открыть глаза, обязательно промокните лицо салфеткой.

Детская ароматерапия

Всевозможные методы использования эфирных масел (ванны, ингаляции, массаж, компрессы и кремы) точно так же годятся для детей, как и для взрослых, лишь с несколькими оговорками. При лечении детей никогда не стоит пользоваться неразведенными концентрированными эфирными маслами, за исключением лавандового масла, наносимого на небольшие ожоги или синяки.

Разводить эфирные масла в основе следует непосредственно перед тем, как добавить их в ванну, приготовленную для ребенка, иначе масло может попасть ему в глаза – ведь дети гораздо больше любят плескаться в ванне, чем взрослые. Дозу тоже следует уменьшить: добавляйте не более 4 капель на ванну. А для самых маленьких лучше просто заварить чай, например, из цветков лаванды, и добавить его в ванну.

При массаже пользуйтесь более слабыми разведениями эфирных масел: не более 1 % для детей 12–16 лет; 0,5 % для 8–12 лет; и 0,25 % для детей 4–8 лет. Малышам моложе 4 лет достаточно будет 1–2 капель, разведенных в 100 мл основного масла.

Никогда не оставляйте маленького ребенка наедине с пузырьками, в которых хранятся эфирные масла, и постоянно наблюдайте за детьми во время использования масел. Паровые ингаляции ребенку делайте недолго и не делайте их вовсе, если у него не в порядке дыхание. Иногда лучше бывает добавить 1–2 капли масла в мисочку с горячей,

испаряющейся водой и просто сесть с малышом возле нее, а не наклонять его над мисочкой.

Хотя ароматические масла могут казаться безвредными, в действительности это очень концентрированные вещества, и их всегда следует хранить вне пределов досягаемости детей. Многие эфирные масла оказывают очень глубокое воздействие на настроение и психоэмоциональное состояние, поэтому их можно легко использовать при лечении астеноневротических состояний. Массаж – наиболее эффективный путь лечения пациента в состоянии депрессии, нервного истощения и тревоги. А если при этом еще и применять приятные расслабляющие запахи, то это просто замечательно.

Очень хорошо помогает в этих случаях аромалампа. Состав для аромалампы: по 3 капли масел можжевельника, базилика и бергамота. При повышенной утомляемости – 5 капель липпии лимонной и 5 капель масла розмарина. Однако эфирные масла можно с большим успехом использовать также и в ванне.

Бергамотовое масло очень хорошо поднимает настроение, имеет освежающий цитрусовый запах, одинаково привлекательный как для мужчин, так и для женщин.

Шалфейное масло очень хорошо расслабляет, но при этом поднимает настроение почти до степени эйфории; эффективно оно тогда, когда хроническое напряжение ведет к депрессии или нервному истощению.

Гераниевое масло – это масло на самом деле производят из разнообразных душистых пеларгоний – возбуждающе действует на кору надпочечников, которая регулирует выработку стрессовых гормонов.

Нероли – это масло, которое делают из цветков померанца горького, очень концентрированное (и очень дорогое), так что небольшого количества хватит надолго. Оно расслабляет и успокаивает, снимая мышечные спазмы и раздражительность, которая нередко сопутствует депрессии.

Эфирные масла – очень приятное и эффективное средство при бессоннице, позволяющее заснуть спокойным, глубоким сном. Используйте их либо в ванне, либо капните 2–3 капли на бумажную салфетку и положите ее на ночь под подушку.

Не пользуйтесь одним и тем же маслом больше 2 недель – оно станет менее эффективным.

Ароматы для помещения – прекрасное средство для улучшения сна. Но использовать в этом случае нужно только электрические лампы, чтобы исключить возможность пожара.

Масло из ромашки обладает успокаивающим и расслабляющим действием, хорошо помогает, когда сон прерывается из-за плохого пищеварения.

Масло из шалфея хорошо успокаивает и приводит в почти эйфорическое состояние, но не пользуйтесь им, если перед этим вы употребляли спиртные напитки, так как под действием шалфейного масла можно быстро опьянеть.

Лавандовое масло – не только хорошее успокоительное, но также и обезболивающее средство, так что если бессонницей вы отчасти обязаны каким-либо болям, это масло будет для вас, вероятно, наилучшим снотворным средством.

Масло из майорана расслабляет и согревает, в больших количествах это почти седативное (успокоительное) средство, однако наутро вы можете почувствовать, что голова у вас немного тяжелая, так что не превышайте дозировку.

Состав для аромалампы: 3 капли масла лаванды, 1 капля масла розы и 2 капли масла нероли.

Состав для ванны: по 2 капли масел лаванды и мускатного шалфея и 4 капли масла купавки благородной на 1/2 стакана сливок.

Научные исследования доказали, что при головных болях масло мяты перечной действует при напряженной головной боли так же эффективно, как и обезболивающие таблетки.

Массаж перед сном: нанесите на лоб и виски 10 %-ное масло мяты перечной и массируйте мягкими круговыми движениями. Через 15 мин массаж повторите.

Напряженные плечи и область затылка массируйте справа и слева от затылка.

Еще один состав для массажа: по 2 капли масел майорана и лаванды на 2 ст. л. масла жожоба.

Ванна для расслабления: 2 капли масла мелиссы и 4 капли масла лаванды на 1/2 стакана сливок.

Существует несколько масел, которые оказывают расслабляющее, успокаивающее воздействие на центральную нервную систему. По-видимому, самое лучшее их использование – это добавление масел в ванну. Теплая вода способствует не только расслаблению, но и лучшему впитыванию масел в кожу.

Масло шалфея мускатного оказывает расслабляющее, согревающее и почти эйфорическое воздействие; особенно полезно, если чувство тревоги приводит к нервному истощению.

Лавандовое масло успокаивает, помогает привести в равновесие мысли и чувства; это одно из самых нежных масел.

Масло мяты лимонной хорошо успокаивает и, подобно лавандовому, очень мягко воздействует на кожу. Мятное масло полезно, когда состояние тревоги влияет на пищеварение, а также когда гормональный дисбаланс создает напряжение.

Розовое масло исключительно хорошо расслабляет и считается одним из самых лучших гормональных регуляторов.

Масло иланг-иланга действует почти как успокоительное средство, замедляет сердцебиение и слишком частое дыхание.

Не превышайте дозировку, так как большие количества или слишком долгое применение этого средства могут вызвать головную боль.

Иглорефлексотерапия

В глубокой древности было замечено, что различные способы воздействия на определенные участки тела человека (удары, порезы, ранения, уколы, ожоги) приносят облегчение при ряде заболеваний, а порой даже излечивают от них. Таким образом сформировалась определенная лечебная система под общим современным названием «рефлексотерапия». Эта наука, зародившись более 5000 лет тому назад и накопив в себе многовековой опыт врачей Китая, Японии, Кореи, Вьетнама и других стран Востока, получила в наши дни мировое признание.

Само понятие рефлексотерапии носит собирательный характер и включает в себя большое количество различных лечебных приемов и методов воздействия на рефлексогенные зоны тела человека и акупунктурные точки. К таким методам относится прежде всего воздействие иглами с проникновением через кожные покровы на акупунктурные точки. Это акупунктура. Если такое воздействие проводить без повреждения целостности кожи с помощью пальцев или специальных тупых массажных игл, то это акупрессура. Разновидностью ее является метод шиаццу – надавливание пальцами.

Оставление небольших акупунктурных игл в теле на длительное время носит название микроиглотерапии.

В перечень рефлексотерапевтических методов воздействия входит также и мануальная терапия.

Воздействие тлеющей сигарой из полыни получило название термопунктуры – прижигание или прогревание (в зависимости от того, образуется пузырь от ожога или нет).

Противоположное этому воздействию холодом получило название криопунктуры.

Воздействие на акупунктурные точки электрическим током получило название электропунктуры.

Сочетание воздействия иглой и электрическим током называется электроакупунктурой.

В последние десятилетия получило распространение воздействие лазерным лучом на точки, называемое лазеропунктурой.

В некоторых случаях в этих же целях используют инфракрасное и ультрафиолетовое излучение – светопунктура или ультразвук – ультразвуковая рефлексотерапия.

Применение воздействия постоянных и переменных магнитных полей дало развитие методу магнитотерапии.

Комплексное воздействие электрическим током и магнитным полем называется электромагнитопунктурой.

Наложение металлических пластинок или шариков применяется при методах металлотерапии и цуботерапии.

Накладывание на большие участки кожи множества близкорасположенных тупых и коротких игл получило название металлоимплантации, или поверхностной иглорефлексотерапии.

В последние годы разработан метод биорезонансной терапии.

Применение ужаливания пчел получило название апипунктуры.

Лечение с помощью пиявок по рефлексогенным зонам известно как гирудотерапия.

При вакуумрефлексотерапии производят установку вакуумных банок различной конструкции на рефлексогенные зоны тела.

Введение микродоз лекарственных препаратов в акупунктурные точки получило название фармакопунктуры.

Биоэнерготерапевты своим воздействием на определенные зоны тела человека утвердили такой метод, как биоэнергопунктура.

В последние годы широкое распространение получил метод су-джок-акупунктуры – введение небольших акупунктурных игл в точки кистей и стоп и аурикулотерапия – в точки ушных раковин.

С древних времен традиционная китайская медицина объясняет физиологию человека посредством законов, которые действуют во всей Вселенной. Мысль о том, что те же физические законы управляют как бесконечно малым миром, миром элементарных частиц, так и бесконечно большим миром – Вселенной, высказывались как современными учеными, так и еще 2500 лет назад древними китайскими мыслителями.

Известно, что и во Вселенной, и в человеке действуют многие фундаментальные силы, обеспечивающие связи между протонами, нейтронами, электронами. Эти силы взаимодействуют на уровне всех форм организации материи. Материя и энергия находятся в равновесии, отражающем единое существование, которое китайцы называют ци. Энергетическое строение всех живых существ является небольшой частью энергетического строения вселенной, с которой они находятся в абсолютной взаимозависимости.

Древние врачи установили закономерности, управляющие живыми существами, факторы, влияющие на нормальное развитие энергетических процессов, и причины, способные нарушить энергетическое равновесие. Знание и соблюдение этих правил обеспечивают здоровье, игнорирование и нарушение их приводят к болезни. Рефлексотерапия – наука, фундаментальные основы которой опираются на биоэнергетику.

Существует определенное энергетическое строение тела человека; определенные правила взаимодействия между этими энергосистемами, из которых логически вытекает лечение, направленное на восстановление энергетического равновесия. Существует множество теорий механизма действия иглоукалывания.

Одна из них – капиллярная теория, согласно которой при воздействии на организм акупунктурными иглами происходят рефлекторные изменения местного капиллярного кровотока в коже и его нормализация. Это приводит к улучшению обмена веществ,

особенно газообмена между кровью и тканями, и способствует устранению болевых и других патологических изменений. Наибольший эффект получается при воздействии на точки кожи, особенно богатые нервно-сосудистыми элементами. Тканевая теория основана на том, что при гибели клеток вследствие их разрушения иглой выделяются вещества, стимулирующие биологические процессы. Продукты поврежденных клеток оказывают на организм, и особенно на пораженные органы, общее стимулирующее действие. Параллельно с этим работает механизм рефлекторного воздействия через вегетативную нервную систему.

Гистаминная теория, в какой-то степени перекликающаяся с тканевой теорией, основывается на том, что при воздействии иглами гистамин переходит из неактивной формы в активную и, попадая в кровь через кожные капилляры, оказывает довольно активное и многообразное воздействие на организм. Он изменяет функциональное состояние внутренних органов, воздействует на проницаемость сосудистых стенок и оболочек клеток, активизирует обмен веществ и повышает сопротивляемость организма болезни. С другой стороны, иглоукалывание благодаря стимуляции нервных элементов кожи и рефлекторно через вегетативную систему вызывает выравнивание содержания гистамина в тканях соответственно состоянию организма, изменяя в нужную сторону взаимоотношения гистамин – диамин – оксидаза (фермент, разрушающий этот медиатор).

Флокуляционная теория имеет в своей основе процесс изменения дисперсности белковых фракций крови при разных формах патологии. Раздражение нервных рецепторов кожи согласно данной теории положительно влияет на эти изменения, что важно для регулирования процесса обмена веществ. Основное значение придается изменениям коллоидно-осмотического давления с его влиянием на процессы обмена и считается, что возбуждение нервных окончаний кожи иглоукалыванием или прижиганием, влияя на вагосимпатическую систему, вовлекает через интермедиарный путь рецепторы центров, вазомоторные аппараты определенных территорий.

Согласно электрической теории считается, что при иглоукалывании изменяются биоэлектрические характеристики кожи. Возникающие при этом биоэлектрические токи оказывают лечебное воздействие тогда, когда длина волны и частота их колебаний совпадают с аналогичными показателями тканей больного органа.

Смысл ионной теории заключается в том, что иглоукалывание восстанавливает нарушенное ионное равновесие и способствует удалению электроположительных ионов. Происходит ассимиляция организмом космического излучения, кванты которого, соединяясь с внутренней энергией обмена живого тела, определяют его энергетическую базу. Акупунктура регулирует этот процесс и тем самым изменяет энергетические функции организма.

Существует и так называемая теория малого атомного взрыва, возникающего как бы вследствие усиления распада под влиянием вводимой иглы тканевых молекул и атомов с возникновением цепной микрореакции.

Более общей теорией, учитывающей несколько аспектов действия иглоукалывания на организм, является теория, полагающая, что существующие органы-нейрокожные взаимоотношения объясняются особенностями эмбриогенеза. Кожа и нервная система имеют общее эктодермальное происхождение.

Связь внутренних органов с нервной системой, а через нее и с кожей обеспечивается вращением элементов нервной системы в развивающиеся органы. При этом иннервация и взаимосвязь с органами складываются в основном по метамерному (сегментарному) типу. Однако по мере развития плода отдельные части тела претерпевают значительные смещения. Это не прерывает сложившихся связей, но нередко в значительной степени «зашифровывает» их.

По мере роста и развития плода эти связи из «точек соприкосновения» вытягиваются в «линии взаимосвязи», обеспечиваемые как внутриорганными и межорганными взаимоотношениями, так и развитием кровеносных и лимфатических сосудов с их

нервными сплетениями, путь которых нередко выходит далеко за пределы сегментарного строения и сегментарной иннервации.

Большинство авторов высказывают предположение, что в основе лечебного действия иглокальвания лежит воздействие на центральную нервную систему, посредством которой и осуществляется регулирующее и трофическое влияние на нарушенные функции организма. Этим объясняются многогранность и широта применения метода при лечении различных по своему проявлению заболеваний.

В природе любой процесс имеет причинно-следственный механизм и любое заболевание возникает не сразу с появления морфологических изменений в органах, а вначале с появления первоначальных скрытых нарушений в организме. Ими являются функциональные нарушения. Эти нарушения существуют совершенно незаметно, так как организм справляется с ними благодаря своим компенсаторным возможностям. И только тогда, когда или компенсаторные возможности иссякли, или воздействие слишком сильное, только тогда стадия компенсации этих нарушений переходит в стадию декомпенсации, появляются органические нарушения и человек начинает чувствовать первые симптомы заболевания, хотя до этого он считал себя абсолютно здоровым. И вот человек приходит со своими первыми жалобами к врачу, и с этого момента начинается лечебный процесс. Но прежде чем начать грамотное лечение, нужно правильно поставить диагноз. Именно от этого зависит эффективность проводимого лечения.

Диагностика

В традиционных лечебных методиках, в отличие от европейских клинических методов лечения, основополагающим важнейшим принципом является выявление не только органических нарушений в организме, а в первую очередь – функциональных нарушений, так как они являются причиной всех дальнейших нарушений. Поэтому вначале несколько слов о диагностических методиках.

Дело в том, что различные органы и системы организма связаны с определенными участками кожи, называемыми акупунктурными точками. Эти точки сразу же при появлении малейших нарушений в системах организма и органах за счет так называемых меридиональных связей начинают реагировать на эти изменения, причем еще на стадии функциональных нарушений, задолго до появления органических изменений. Эта реакция в акупунктурных точках проявляется в виде изменения их магнитного поля, температуры, электрического сопротивления, скорости биохимических реакций, клеточного состава в них и их размера. Ведь зоны Захарьина-Геда – это не что иное, как увеличившиеся и слившиеся акупунктурные точки при далеко зашедших нарушениях в организме.

В связи с этим появляется возможность, замеряя, предположим, электрокожное сопротивление или температуру в определенных акупунктурных точках, выявлять изменения в организме еще на стадии функциональных нарушений.

Практически ни один клинический метод диагностики в такой мере не позволяет этого сделать. Каждая энергосистема и орган связаны со своей группой акупунктурных точек, среди которых есть так называемые репрезентативные точки (те, которые несут максимум достоверной информации о своей системе).

В ходе исследований было выявлено, что различные органы и системы организма связаны с акупунктурными точками кожи сложной сетью энергоканалов, насчитывающих несколько десятков (151), и любое минимальное изменение в органе по системе этих каналов тут же отражается на состоянии точек. Причем через некоторые акупунктурные точки проходят сразу несколько меридианов. Например, точка Р-7 (Ле-цзюе) является точкой главного меридиана легких, начальной точкой и продольного, и поперечного Ло-меридиана легких, точкой-ключом чудесного сосуда Жэнь Май.

Добавление других энергосистем (меридиан нервной дегенерации, меридиан

эпителиальной и паренхиматозной дегенерации, меридиан кожи) является отступлением от традиционных понятий рефлексотерапии, которую разрабатывали сотни крупнейших специалистов на протяжении нескольких тысячелетий.

Первые функциональные нарушения в организме вначале появляются именно во вторичной энергосистеме, и если она не способна компенсировать нарушения, то только после этого изменения появляются и в главной энергосистеме.

Поэтому для ранней диагностики необходимо обследовать не только главные и питающие меридианы, но и всю вторичную энергосистему организма. А нарушений во вторичной системе может быть значительно больше, так как она представлена большим количеством меридианов. И если не учитывать эти нарушения, то диагностика становится недостоверной, а последующее лечение не эффективным, что в свою очередь дискредитирует сам метод рефлексотерапии.

К сожалению, подавляющее большинство диагностических методик не обследуют вторичные энергосистемы. Все энергосистемы организма связаны между собой в стройную и логическую структуру, в которой существуют определенные правила взаимодействия между отдельными звеньями. Эти правила разнообразны, и это разнообразие необходимо для того, чтобы можно было применять разные способы устранения нарушений в энергосистемах, если один из выбранных способов может ухудшить состояние в других энергосистемах.

Поэтому профессиональный врач должен знать не только строение всех энергосистем организма, но и то, как они связаны друг с другом, и все правила воздействия на них. Человек – существо биоритмологическое. В его организме работают суточные, месячные, годовые биоритмы. И в алгоритмах расчетов результатов обследования надо обязательно учитывать эти биоритмы, что способствует повышению достоверности результата. Так, к примеру, если взять нормальную электроэнцефалограмму спящего и бодрствующего человека, то для спящего человека будет нормой электроэнцефалограмма в состоянии сна, а для бодрствующего – в бодрствующем состоянии. Если же в бодрствующем состоянии у человека будет электроэнцефалограмма спящего, то это уже грубая патология.

Все мы знаем, что в организме человека в определенное время суток активизируются те или иные акупунктурные точки. Принято считать, что смена активных точек происходит каждые 2 ч. На самом деле только в день весеннего и осеннего равноденствия это справедливо. Летом же, когда дневное время суток значительно больше ночного, время активности точек днем больше 2 ч, а ночью – меньше 2 ч. Причем и днем и ночью время активности находится не в линейной зависимости, а в геометрической.

Сдвиги по времени активности (по сравнению с одинаковыми двухчасовыми периодами) в дни летнего и зимнего солнцестояния составляют в зависимости от широты местности порой более 1 ч. Незнание этого при проведении процедур рефлексотерапии приводит к большим ошибкам. В результате диагностики по вышеуказанным методикам врачу-рефлексотерапевту прежде всего важнее знать картину энергонаполнения различных энергосистем организма, а не клинический диагноз, так как работать он будет в первую очередь путем выравнивания энергобаланса всех систем организма методом иглотерапии. Никакими таблетками или химическими препаратами не выровнять нарушения энергобаланса, так же как и метром нельзя измерять запах розы. Поэтому методы рефлексотерапии направлены на поэтапное воздействие на все системы и органы человека. Восстанавливать необходимо весь организм, а не часть его, причем восстановлению подлежат вначале причинные механизмы, а затем, если в этом будет необходимость, и следственные механизмы.

Грамотно применяя рефлексотерапию, можно лечить практически все заболевания, конечно, кроме далеко зашедшей органической патологии. Но ключевым моментом грамотной диагностики является не столько определение энергонаполнения различных меридианов, сколько выявление режима движения энергии в них: режима циркуляции или режима застоя.

Если, к примеру, в каком-то меридиане избыток энергии, то по всем правилам рефлексотерапии энергию в нем следует тормозить. Но если ко всему прочему избыток энергии в этом меридиане находится в режиме застоя, то не представляется возможным ее затормозить, как невозможно еще больше затормозить уже стоящий на месте автомобиль. И если этого рефлексотерапевт не понимает, то его воздействие на эту систему тормозным методом не даст никакого результата.

Следует вначале энергию в этом меридиане перевести из режима застоя в режим циркуляции, а уж затем уменьшать ее количество. Подобным образом следует поступать и в случае с недостатком энергии в меридиане. Нельзя добавить энергию в меридиан, где вся энергия стоит на месте, вначале надо восстановить циркуляцию. Это основополагающее правило, к большому сожалению, практически никто из рефлексотерапевтов не соблюдает. А ведь именно от его выполнения в основном зависит эффективность процедур.

И когда врач-рефлексотерапевт говорит, что он специализируется на лечении только определенных заболеваний или применяет в своем лечении воздействие, предположим, только на точки ушной раковины, то это значит, что данный врач имеет слабое представление о том, чем занимается.

Методы электронной диагностики выявляют не только органические изменения, но и функциональные нарушения, и поэтому компьютерный диагноз всегда будет значительно шире и информативнее, чем клинический. По этой причине нельзя проверять достоверность электронных методов диагностики на основании клинических диагнозов. Так как ни одним из известных диагностических методов невозможно обследовать всю обширную сеть энергосистем, то приходится либо использовать одномоментно несколько диагностических методов, каждый из которых позволяет обследовать свой ряд систем, либо проводить диагностику комплексным методом. Результат любого диагностического метода прежде всего зависит от того, насколько правильно выбран набор репрезентативных акупунктурных точек. А для этого совершенно необходимо четко знать и понимать устройство и взаимодействия абсолютно во всей структуре энергосистем.

Когда, учитывая вышесказанное, врач поставил грамотный диагноз, можно приступать к лечению. Лечение в рефлексотерапии производится воздействием акупунктурными иглами. В силу того что многие акупунктурные точки имеют многослойную структуру и через них проходят сразу несколько энергосистем, то грамотно и эффективно воздействовать можно только акупунктурной иглой. В зависимости от способа введения иглы, угла наклона, глубины погружения, времени воздействия и способа извлечения можно изолированно воздействовать на те или иные системы, расположенные на разной глубине в точке. Воздействие на точку электрическим импульсом, магнитным полем, лазерным лучом не позволяет это сделать. Подбирать набор акупунктурных точек для конкретного пациента следует только после проведения диагностики. Применение точек без предварительной диагностики по «прописям» в зависимости от клинических диагнозов значительно снижает эффект лечения. Ведь одно из основных правил медицины гласит: «Лечи не болезнь, а больного». Да и диагнозы в рефлексотерапии носят характер энергетических нарушений, а не органических изменений, так как все каноны рефлексотерапии построены на состоянии энергобаланса.

В силу того что основные энергосистемы проходят по всему телу человека (имея при этом свои информационные точки) и только некоторые из них имеют ответвления, к примеру, на ушную раковину, то не представляется возможным адекватно и достоверно проводить электронную диагностику на основании замеров точек только уха, или только нескольких участков тела (стоп, кистей и лобных бугров), или только изучая морфологическое строение радужки глаза. При таких методах диагностики остается без внимания большая часть энергосистем организма и эффект лечения снижается. По этой же причине лечение иглами с использованием точек, к примеру, только ушной раковины, дает менее выраженный эффект. Также недопустимо в одном диагностическом

обследовании применять и электронные методы диагностики (выявляющие энергетическое состояние), и тесты-опросники, на которые отвечает сам обследуемый (выявляющие субъективную характеристику органических нарушений в организме), так как получается полная путаница того, что мы выявили, и непонятно, по каким правилам на это все воздействовать, – то ли на функциональные энергетические нарушения, то ли на органические изменения.

Воздействия только на органические изменения всегда менее эффективны за счет того, что остаются нетронутыми причинные функциональные нарушения, которые впоследствии вновь вызовут появление этих же органических изменений.