

# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ

Проф. В. Г. Марченко, доц. Н. О. Федоренко, проф. Е. П. Яроцька

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

*Описано методи немедикаментозного лікування головного болю. Приводяться меридіани і точки акупунктури для рефлексотерапії.*

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Проф. В. Г. Марченко, доц. Н. А. Федоренко, проф. Э. П. Яроцкая

*Описаны методы немедикаментозного лечения головной боли. Приводятся меридианы и точки акупунктуры для рефлексотерапии.*

## NON-MEDIKAMENT METHODS OF TREATMENT HEADACHE

V. G. Marchenko, N. A. Fedorenko, E. P. Yarotskaya

*The present work describes methods non-medikament treatment of headache. The meridians and acupuncture points for treatment headache are given.*

Головний біль становить серйозну медико-соціальну проблему, оскільки він знижує життєву і трудову активність пацієнтів. Щорічно в усіх країнах світу зростає кількість хворих із головним болем. При багатьох захворюваннях головний біль є єдиним або провідним симптомом [1, 4, 10].

Головний біль (цефалгія, cephal (від грецьк. kephale — «голова»), kephalgia, латин. синонім dolor capitis) — симптом, який надзвичайно часто трапляється у клінічній медицині.

Дотепер остаточно не встановлено, чи викликається біль подразненням специфічних рецепторів — ноцицепторів, чи виникає при досить сильному подразненні рецепторів різної модальності. Можливо, в одних випадках больові аферентні імпульси йдуть по системах, що обслуговують тільки ноцицепцію, а в інших посилення подразнення приводить до трансформації модального імпульсу в ноцицептивний. Ці подразнення, ймовірно, повинні сумарно поєднуватися для того, щоб виникло відчуття болю.

Для функціонування антиноцицептивних систем необхідний постійний приплив аферентної імпульсації, тобто для адекватної перцепції необхідний баланс активності систем ноцицепції й антиноцицепції. Дефіцит аферентної імпульсації призводить до порушення функції антиноцицептивної системи. Це дозволяє підсилювати функцію антиноцицептивної системи значним зовнішнім впливом, наприклад, при голковколіванні, особливо в ділянках таких дистальних точок, як E-36; VB-37, 38, 49, 40; TR-4, 5, 6; GI-2, 4, 11; із могутньою стимуляцією до передбачених відчуттів не тільки «розпирання», але й відчуття «струму». Такий же ефект дають й інші «дистальні» акупунктурні точки, а також багато сегментарних, наприклад, V-36, 40; VB-30, 20 і деякі інші. Останнє підтверджує

емпіричні знахідки давніх лікарів, які широко використовували акупунктуру й точковий масаж при лікуванні больових синдромів.

Сьогодні виділяють чотири основні анальгезивні системи:

- 1) нейрональну опіатну — енкефалінергічну;
- 2) нейрональну неопіатну — норадренергічну й серотонінергічну;
- 3) гормональну опіатну (ендорфінну);
- 4) гормональну неопіатну (пептиди та інші регулятори).

Надзвичайно цікавою є гіпотеза про вирішальну роль дисбалансу в ендогенній опіоїдній системі в генезі головного болю. Хоча не всі симптоми при цьому можна пояснити в такий спосіб. Більш імовірно, що при різних варіантах головного болю в одних випадках настає дисфункція центральних, а в інших — периферичних механізмів. Це стосується і ролі порушень медіаторних і гуморальних систем, що беруть участь у контролі болю: в одних випадках вирішальну роль відіграє зниження активності ендогенної опіоїдної системи, в інших — моноамінергічних чи ГАМК-бензодіазепінових систем.

Відомо, що чутливість тканини до болю залежить від щільності рецепторів. Отже, тканина, позбавлена таких рецепторів, є нечутливою до болю. Больової рецепції позбавлені кістки черепа, речовина мозку, судинні сплетіння шлуночків мозку. У ділянці голови больові рецептори розташовані в шкірі, підшкірній клітковині, судинах м'яких тканин голови, м'язах і сухожил'ю шоломі, окісті, оболонках мозку. Черепні нерви також чутливі до болю, оскільки містять сенсорні волокна.

Іннервація структур голови забезпечується трійчастим, язиковоглотковим, блукаючим, а також 1–3 спинномозковими нервами. Анастомози че-

репних нервів між собою і вегетативними вузлами служать субстратом для різних варіантів іррадіації болю.

Нині користуються прийнятою у 2003 році Міжнародною класифікацією головного болю [2, 11].

Патогенетична класифікація [8] визначає основні типи головного болю за механізмом його виникнення. Класифікація виділяє чотири основні типи головного болю, що принципово відрізняються один від одного за механізмом виникнення, а також змішаний тип, зумовлений комбінацією патогенетичних чинників. Окремо розглядають головний біль, при якому не вдається знайти «реальних фізичних причинних чинників», — психалгію.

Судинний головний біль може бути зумовлений спазмом чи розширенням артерій, недостатнім венозним відтоком, уповільненням кровотоку, надлишковим кровонаповненням судин і оболонок мозку, гіпоксією.

Головний біль м'язової напруги викликає активація сегментарних і нервово-м'язових структур при подразнюючій дії місцевих чинників.

При підвищенні або зниженні внутрішньочерепного тиску, при порушенні ліквородинаміки виникає так званий *ліквородинамічний головний біль*.

Невралгічний головний біль виникає при подразненні ендоневральним чи екстраневральним патологічним процесом.

Головний біль, зумовлений здебільшого судинними механізмами (крім мігрені, широко описаної у численній вітчизняній та іноземній літературі), дуже часто трапляється при судинних дистоніях. Для позначення цих станів нерідко застосовують терміни «вегетосудинна дистонія» і «нейроциркуляторна дистонія». Первинна нейрогенна форма нейроциркуляторної дистонії зумовлена порушенням нейрогуморальної регуляції в першу чергу, лімбіко-гіпоталамо-ретикулярних апаратів контролю серцево-судинної системи. Це дизрегуляторна дистонія, яка відрізняється від міогенної, зумовленої функціонально-органічним ураженням гладкої мускулатури судин при системних васкулітах.

На підставі переважних змін артеріального тиску виділяють гіпер-, гіпо- і нормотензивні типи нейроциркуляторної дистонії. Головний біль як симптом частіше (75–80 %) зустрічається при гіпертензивному типі дистонії, у 50–60 % випадків — при нормотензивному і в 50–55 % — при гіпотензивному типі.

Головний біль частіше трапляється при регіонарній краніоцеребральній формі нейроциркуляторної дистонії, коли ангіодистонія поширюється на внутрішні та позачерепні судини. При гіпертонічному типі краніоцеребральної ангіодистонії хворі часто скаржаться на біль у скроневій, лобово-скроневій або тім'яно-скроневій ділянці. Трапляється біль тупий чи такий, що ломить, який часто супроводжується запамороченням, загальною слабкістю, блідістю обличчя. Біль може виникнути в будь-який час. Клініцисти вважають, що в основі такого болю лежить підвищення тонуусу артерій

і артеріол із збільшенням опору кровотоку. Ангіоспазм може супроводжуватися ішемією внаслідок порушення мікроциркуляції, вторинним зниженням тонуусу вен і венул. Це судинний криз, при якому може з'явитися мінуща неврологічна симптоматика. Частіше при цьому системний артеріальний тиск підвищений, але не завжди.

Крім традиційної фармакологічної терапії, що складається зі спазмолітиків, гіпотензивних (у разі необхідності) засобів, які поліпшують мікроциркуляцію, і анальгетиків, доцільно використовувати немедикаментозні засоби — масаж, голкотерапію і поєднання голкотерапії з вакуум-впливом (за відсутності симптоматики).

При краніоцеребральній ангіодистонії гіпотонічного типу знижується тонуус артерій і артеріол. Системний артеріальний тиск при цьому знижений. Якщо венозний відтік не забезпечується компенсаторним підвищенням тонуусу вен і венул, виникає феномен шунтування, при якому відкриваються артеріовенозні анастомози. Головний біль у такому випадку зумовлений надлишковим пульсовим розтягненням артерій, а тому характер його пульсуючий. Локалізація болю — скронева, тім'яно-скронева, рідше потилична ділянки. При фізичній і емоційній нарузі біль зазвичай посилюється.

Головний біль при утрудненні венозного відтоку з порожнини черепа виявляється відчуттям тяжкості в ділянці потилиці. Біль розпираючий, але не інтенсивний. Може іррадіювати в лобово-очуючю ділянку. При цьому хворі скаржаться на те, що «щось давить зсередини на очі». Біль посилюється в горизонтальному положенні, при опущеній голові, фізичній нарузі. Відзначається посилення болю вранці після сну. Іноді такий біль минає самостійно після ранкової гімнастики чи самомасажу, оскільки активація симпатичної системи підвищує тонуус вен, а вертикальне положення полегшує венозний відтік із порожнини черепа. Такого ж типу головний біль буває при шийному остеохондрозі хребта, але в цьому механізмі, крім відсутнього відтоку, відзначають порушення припливу крові по артеріальних судинах. Хворі в таких випадках найчастіше застосовують анальгетики, оскільки передбачають посилення головного болю протягом дня, що трапляється при змішаному варіанті — у разі супутнього порушення венозного відтоку. Масаж, самомасаж, голкотерапія в таких випадках є досить ефективними.

Особливу увагу необхідно приділяти акупунктурним точкам задньо-середнього меридіана Т (VG)-16, 15, 14, а також шийно-комірковій зони: VB-12, 20, 21; GI-15. Голкотерапію зазвичай проводять згідно з «гармонізуючим» варіантом. Точковий масаж — із використанням гелів чи мазей з анальгезивним ефектом.

До патологічних змін у шийному відділі хребта, які викликають цервікокраніальний біль, відносять дистрофічні процеси в дисках, нестабільність шийного відділу, уніковертбральні та інші артрози, протрузії та пролапси дисків, остеофіти.

Головний біль напруги є надзвичайно розповсюдженою формою головного болю. Він зустрічається у 50–54 % хворих, які звертаються з такими скаргами, і за частотою лише дещо поступається судинному головному болю.

Головний біль м'язової напруги не має нападopodobного характеру і є непulsуючим. Це монотонний, тупий, стискаючий, стягуючий, ниючий головний біль. Він може бути генералізованим, але може локалізуватися тільки в лобово-скроневій чи шийно-потиличній ділянці. Головний біль м'язової напруги у більшості хворих буває щодня протягом багатьох місяців і років.

На відміну від мігрені, при головному болі м'язової напруги не буває аури, осередкових змін у неврологічному статусі. Найчастіше головний біль м'язової напруги пов'язаний зі стресовими ситуаціями, депресією, тривогою й страхом, тому його часто пов'язують із невротами. Цей вид головного болю може спостерігатися у людей, робота яких пов'язана з постійною і тривалою напругою м'язів скальпового апоневрозу, шиї чи очних м'язів. Це водії машин, трамваїв, особи, які працюють за комп'ютером, тощо. Крім головного болю, у таких хворих можуть спостерігатися й інші больові синдроми — біль у спині, серці, суглобах.

Іноді такий біль називають «психалгією», підкреслюючи, що головним є не сенсорний, а емоційний компонент [3]. Однак не можна ототожнювати терміни «психалгія» і «психогенний головний біль», оскільки «Психогенним, тобто викликаним психоемоційним конфліктом, може бути й судинний головний біль, і головний біль м'язової напруги, біль із реальним, об'єктивізуючим периферичним компонентом» [8].

При головному болі, що виникає на тлі невротів, немедикаментозні методи лікування, зокрема голкотерапія, точковий масаж і психотерапія, іноді виходять на перше місце. Найчастіше у поєднанні з голкотерапією використовують раціональну психотерапію, аутогенне тренування, а у важких випадках і гіпноз.

Немедикаментозні методи лікування використовуються в комплексній терапії при головному болі, пов'язаному з черепно-мозковою травмою, серцево-судинними захворюваннями, головним болем при прийомі деяких фармакологічних засобів чи при їхньому скасуванні.

До краніальних невралгій і вегеталгій відносять лицьовий біль. Лицьовий біль (прозопалгія) зустрічається часто і становить найжорстокіший больовий синдром.

Мігрень відносять до ангіоневрозів, при яких під час нападу спазм судин головного мозку змінюється їхнім розширенням (дилатація). Напади характеризуються інтенсивним головним болем, що охоплює половину голови (гемікранія), рідше головний біль охоплює всю голову. Головний біль може супроводжуватися звуженням очної щілини, розширенням судин кон'юнктиви ока, нудотою та блюванням, що приносить полегшення. При деяких формах мігрені напад починається з розладу зору (затуманення, нечіткість зору). Потім починається головний біль (частіше у лобно-скроневій ділянці) пульсуючого характеру. Хворіють частіше жінки. Напади можуть траплятися рідко, або щоденно, або щомісячно (у менструальний період). Перевтома, стреси, алкоголь, тютюнопаління та інші причини можуть провокувати напади. Вважається, що до захворювання є спадкова схильність.

Лікування має бути комплексним. Рефлексотерапія при лікуванні мігрені мало ефективна. Однак вона може використовуватися у період між нападами. Використовують місцеві точки (в ділянці голови), а також точки шийно-комірцевої зони і точки загальної дії (дистальні) у ділянці верхніх і нижніх кінцівок: на меридіані товстої кишки (GI-4, 5, 10, 11); шлунка (E-8, 36); на меридіані перикарда (MC-6, 8); легенів (P-7); «трьох обігрівачів» (TR-5, 17, 21, 23); жовчного міхура (VB-1, 4, 5, 6, 12, 20, 21, 39, 41, 43); печінки (F-2), селезінки—підшлункової залози (RP-6), сечового міхура (V-10, 60, 62), задньосерединному (T-14, 19, 20); позамеридіанні (PC-1, 3, 5, 7, 9, 28); у ділянці вушної раковини (55, 33, 35, 29, 78, 95, 121, 36, 87, 92, 34). При головному болю широко використовується точковий масаж, самомасаж, банковий (вакуум-масаж) [5, 6, 7, 9].

Наш більш ніж 30-річний досвід використання немедикаментозних методів лікування (рефлексотерапії у поєднанні з психотерапією) у 573 хворих показав достатню ефективність цих методів, особливо при їхньому пролонгованому застосуванні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А. М. Головная боль / А. М. Вейн, О. А. Колосова, Н. А. Яковлев. — М.: Медицина, 1994. — 318 с.
2. Вознесенская Т. Г. Вторая редакция Международной классификации головной боли (2003) / Т. Г. Вознесенская // Неврол. журн. — 2004. — № 2. — С. 52–58.
3. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. — СПб.: Питер, 2000. — 1019 с.
4. Олесен Дж. Диагностика головной боли / Дж. Олесен // Неврол. журн. — 1996. — № 3. — С. 4–11.
5. Федоренко Н. А. Реабілітація: немедикаментозні методи відновлювання у клінічній і спортивній медицині / Н. А. Федоренко — Х.: Майдан, 2010. — 551 с.
6. Хвисюк О. М. Традиційні та нетрадиційні методи лікування в клінічній і спортивній медицині / О. М. Хвисюк, В. Г. Марченко, І. С. Вітенко та ін. — Х.: Фоліо, — 2005. — 381 с.
7. Чжу Лянь. Руководство по современной чжень-цзю-терапии / Чжу Лянь. — М.: Госмедиздат, 1959. — 270 с.
8. Шток В. Н. Головная боль / В. Н. Шток. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
9. Яроцкая Э. П. Восточная медицина / Э. П. Яроцкая, Н. А. Федоренко, Е. В. Нарыжная. — М.: ЭКСМО, 2008. — 415 с.
10. Яхно Н. Н. Головная боль / Н. Н. Яхно, В. А. Парфенов, В. В. Алексеев. — М.: Медицина. — 2000. — 287 с.
11. The Internationale classification of headache disorders, 2-nd ed. Cephalalgia. — 2003. — Vol. 24 (suppl. 1). — 24 p.