**Головная боль и сон**

*Описаны различия в характере сна между пациентами, страдающими мигренью и кластерной головной болью. Проведена также дифференциация головной боли, возникающей из сна, и головной боли бодрствования. Даны рекомендации по лечению таких больных.*

**П**арадигма медицины сна предполагает изучение патологических феноменов в цикле сон - бодрствование, и в этом аспекте головные боли являют собой модель яркую и значительную.

Впервые взаимосвязь приступов мигренозной головной боли со сном отметил Liveing в 1873 г. в работе " Эффект сна на облегчение головной боли". В 1953 г. после описания Aserinsky и Kleitman фазы быстрого сна (ФБС) Dexter высказал предположение о связи атак головной боли с определенными стадиями сна, в особенности с ФБС.

*Сон по отношению к головной боли выступает в двух ипостасях - "облегчителя" и "провокатора".* Наиболее ярким примером "облегчительной функции" сна по отношению к головным болям служит мигрень, атака которой купируется, если пациенту удается заснуть. Однако существует особая форма мигрени - "мигрень выходного дня", когда головная боль, возникающая после пробуждения, является следствием избытка сна. Недостаток же ночного сна, неудовлетворенность им часто приводят к утренним головным болям. Провоцирующая роль сна отчетливо просматривается у пациентов с кластерными головными болями, а облегчающую роль играет депривация (лишение) сна, однократное применение которой приводило к отсутствию атак кластерной цефалгии в течение 4 сут.

В настоящее время показано, что приступы головных болей возникают чаще всего из ФБС, а длительность этой фазы у пациентов с мигренью редуцирована. Показано также, что пароксизмы болей возникают при переходе от быстрого сна к медленному при кластерной головной боли и хронической пароксизмальной гемикрании.

В период атаки больные мигренью видят сны драматического и устрашающего характера, однако без сцен собственной смерти. Вместе с тем сновидения с подобными сюжетами не служат триггерами для мигренозных атак.

Как правило, сами приступы головных болей прерывают сон лишь на момент атаки, но не лишают пациента сна на всю ночь, поэтому жалобы пациентов, страдающих головными болями, на полное отсутствие сна - это определенный признак наличия у них других заболеваний (тревоги и депрессии), которые и служат причиной нарушения сна.

**Таблица 1. Особенности клинических проявлений кластерной головной боли сна и кластерной головной боли бодрствования**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Кластерная головная боль бодрствования | | Кластерная головная боль сна | |
| Показатель | в болевой период | в период ремиссии | в болевой период | в период ремиссии |
| Интенсивность, тяжесть боли | Меньше | -------- | Больше, выражены вегетативные симптомы | -------- |
| Локализация | Без акцента на определенную сторону | -------- | Преимущественно левосторонняя | -------- |
| Наличие расстройств сна | Менее выраженные расстройства | Сон не изменен | Сон грубо нарушен | Сохраняются нарушения сна |

Изучая особенности сна у пациентов, страдающих головными болями напряжения, выявили характерную закономерность: головная боль у них возникала спустя более чем 20 мин после окончательного пробуждения. Это позволяет с определенной долей вероятности при помощи полисомнографического исследования дифференцировать мигрень и головные боли напряжения. Таким образом, мигрень и кластерная боль - это формы головных болей, непосредственно связанные со сном, возникающие из определенных фаз сна.

**Таблица 2. Особенности клинических проявлений мигрени сна и мигрени бодрствования**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Мигрень сна | | Мигрень бодрствования | |
| Показатель | в приступе | вне приступа | в приступе | вне приступа |
| Длительностьзаболевания | Больше | | Меньше | |
| Интенсивность боли | Больше | -------- | Меньше | -------- |
| Наличие ауры | Преобладание форм с аурой | -------- | Чаще без ауры | -------- |
| Локализация | Преимущественно левосторонняя | -------- | Преимущественно правосторонняя | -------- |
| Предшествующие симптомы | Присутствие эмоциональной абильности, астении | -------- | Чаще отсутствуют | -------- |
| Наличие нарушений сна | Выраженные | Имеются в незначительной степени | Отсутствие нарушений сна, связанных с головными болями | Отсутствие нарушений сна, связанных с головными болями |
| Эмоционально- личностные особенности пациентов | -------- | Депрессивные, демонстративные, астеноипохондрические черты личности | -------- | Стремление к межличностным контактам, общительность |

У пациентов с головными болями в 3 раза чаще наблюдается синдром апноэ во сне (САС). В группах пациентов с мигренозными и кластерными цефалгиями преобладали приступы апноэ обструктивного характера. Вместе с тем утренние головные боли распирающего характера - это один из наиболее частых клинических феноменов САС. У больных с головными болями чаще, чем в популяции, наблюдаются сомнабулизм, энурез, синдром беспокойных ног.

Нам представляется важным анализ головной боли с точки зрения возникновения болевой атаки из бодрствования и из сна. Мы разделили две основные формы головных болей - кластерную и мигрень - на головные боли сна (приступы возникают из сна) и головные боли бодрствования (приступы возникают в бодрствовании).

У пациентов с обеими формами головных болей (без дифференциации на боли сна и бодрствования) сон в безболевой период был изменен незначительно, что обусловлено высокими межиндивидуальными различиями.

Представленность клинических феноменов в этих группах различна (табл. 1 и 2). Кроме того, при анализе клинической симптоматики у пациентов с разными формами головных болей было отмечено изменение бодрствования у пациентов с ночными атаками головных болей в болевой период. У всех больных наблюдались дневная сонливость, вялость, слабость, разбитость, снижение трудоспособности, усиливающиеся ко второй половине дня. Многим пациентам после ночных приступов требовался дневной сон, они старались раньше лечь спать на следующий день. В безболевой период нарушений у этих людей отмечено не было.

Специальный полисомнографический анализ, проведенный авторами данной статьи, показал, что атаки головной боли во время ночного сна нарушали сон, который после окончания приступа наступал снова. В противоположность этому у больных с классической инсомнией весь ночной сон перманентно плохой. Пациенты, страдающие мигренью сна, дольше засыпали, имели большее количество эпизодов бодрствования внутри сна, движений внутри сна. В болевой период сон был более поверхностным, отмечались уменьшение длительности ФБС, сокращение числа завершенных циклов сна, негативный, тревожно-кошмарный сюжет сновидений. Различий в структуре сна у пациентов в зависимости от стороны боли зафиксировано не было.

У пациентов с кластерной головной болью сна отмечены большие длительность бодрствования и частота движений внутри сна во время болевого периода, уменьшение длительности ФБС; сновидения в момент "болевого пучка" отсутствовали. После окончания ночных болей пациенты быстро вновь засыпали, и их сон характеризовался значительной представленностью глубоких стадий. Пациенты с левосторонней локализацией кластерной боли имели более выраженные расстройства сна, у пациентов с хронической формой кластерной головной боли сон был нарушен в большей степени, чем при эпизодической форме. По данным анкеты для скрининга САС, храп отмечался у 82% больных.

Медикаментозная терапия головных болей сна и бодрствования включает единый список препаратов, которые, однако, должны быть по-разному распределены в течение суток. Это касается не купирования приступа, а систематического профилактического лечения. С целью профилактики ночных приступов головных болей рекомендуется сдвигать время приема препаратов ко второй половине дня, постепенно увеличивая дозу препарата. Мы предлагаем назначать этим больным аспирин в дозе 1000 мг за 30 мин до сна или по 500 мг после ужина и 500 мг за полчаса до сна. С учетом пусть и негрубых, но все-таки имеющихся изменений структуры сна у больных с головными болями, возникающими из сна, при наличии жалоб в их комплексную терапию следует включать снотворные препараты.