

ВВЕДЕНИЕ

Представьте, что вы просыпаетесь каждое утро, будто заново родились. Ни тумана в голове, ни напряжения в шее, ни страха, что через час начнется очередной приступ головной боли. Только ясность, энергия и спокойствие.

Для большинства людей, привыкших жить с мигренью, это звучит как несбыточная мечта. Но как врач, ежедневно работающий с пациентами, я утверждаю: в большинстве случаев — это достижимая реальность. Просто причина головной боли может быть совсем не там, где вы привыкли ее искать.

Обидно, что человек, чей мозг способен творить, думать, заботиться о других, вдруг оказывается выведен из строя. Свет раздражает, звуки — как удары молотком, тошнота мешает говорить, а боль кажется невыносимой. Приступ мигрени — не просто головная боль. Это сигнал организма о том, что есть нарушения. Так он посылает просьбу о помощи. Но как понять, что именно нарушено? Почему боль возвращается снова и снова, даже если вы принимаете препараты и следуете рекомендациям врача?

Я невролог, и за 15 лет практики в государственных и частных клиниках ко мне приходили пациенты, которые перепробовали

все — от сильных обезболивающих до остеопатии, но все равно продолжали страдать от боли. Это побудило меня копать глубже.

И со временем я пришла к выводу: **головная боль — это не просто неврологическая проблема. Это отражение системного дисбаланса в организме.**

Теперь, спустя годы собственных исследований и экспериментов, я убеждена: на возникновение мигрени влияет не только состояние сосудов или нейромедиаторов, но и работа печени, кишечника, лимфатической системы, а также врожденные индивидуальные особенности. И лечить мигрень исключительно таблетками «от головы» — это как пытаться заклеить трещину в стене, не найдя причину разрушающегося фундамента.

Погружаясь в междисциплинарные связи, я стала видеть закономерности, которые прежде оставались вне поля зрения. Именно так, шаг за шагом, родился мой подход — комплексная коррекция на основе индивидуального анализа состояния организма. Этот подход призывает рассматривать организм в целом: обмен веществ, гормональные процессы, состояние пищеварительной системы, иммунный ответ.

Годы практики, наблюдений и работы с пациентами и участниками программы «Мигрени STOP», которую я веду последние четыре года, оформились в авторскую схему, которая уже помогла тысячам моих пациентов значительно улучшить качество жизни. Кто-то полностью избавился от приступов, кто-то научился их контролировать и снижать интенсивность без постоянного «глотания таблеток».

Большинство врачей предлагают лишь симптоматическое облегчение боли ввиду ограниченности стандартов, в которых они вынуждены действовать. Но моя задача — дать вам знания и инструменты, позволяющие изменить саму «почву», на которой мигрень возникает. Я не призываю отказываться от препаратов, когда они

необходимы (боль нельзя терпеть!). Но вместе с тем я предлагаю путь, который даст шанс уменьшить количество приступов или вовсе от них избавиться — за счет восстановления баланса в организме.

Медицина не стоит на месте, и в последние годы появляется все больше исследований, подтверждающих отдельные механизмы и подходы, которые легли в основу моей системы. Но как врач я не могу игнорировать то, что вижу каждый день: как корректировка биохимических процессов в организме влияет на частоту и тяжесть мигреней и головной боли. Эта книга — мой способ поделиться этим знанием с каждым, кто хочет **значительно улучшить качество своей жизни и продлить ее**.

Следует также сделать важное уточнение: это научно-популярная книга, и рассчитана она прежде всего на людей без медицинского образования. Поэтому некоторые сложные процессы я намеренно объясняю простым языком, иногда используя упрощенные термины и образы. Моя задача — не перегрузить вас научными деталями, а помочь понять суть происходящего в организме. При этом для врачей и читателей, которым важна максимальная точность, я подготовила специальные примечания с научными пояснениями, корректными формулировками и ссылками на исследования.

Я очень хочу, чтобы как можно больше людей получили шанс попробовать иной путь. Что теряет человек с хронической болью, от которой не помогает ни одно лекарство? Почти ничего. Но он может попробовать что-то новое. Тем более если речь идет о методе, который не противоречит доказательной медицине, а дополняет ее — и при этом основан на максимально бережном, экологичном отношении к организму.

Эта книга не даст вам универсального рецепта от мигрени, потому что его не существует. Но она научит понимать, что происходит в организме до, во время и после приступа. И поможет найти ответы на вопросы:

- Почему боль возвращается, даже когда вы «все правильно делаете»?
- Почему таблетки помогают все хуже?
- И главное — **как найти именно ваш индивидуальный путь борьбы с головной болью, опираясь на экологичные принципы нормальной анатомии, физиологии и биохимии организма?**

В книге я простым языком рассказываю, как шаг за шагом пришла к каждому элементу своей схемы, чтобы вы увидели взаимосвязи и поняли логику, по которой стоит двигаться. Вы узнаете, с чего начать, как корректно и безопасно применять предложенные шаги и как наблюдать за изменениями.

Уже в процессе чтения вы поймете, почему даже питание может вызывать приступ головной боли, как ваша печень может быть вовлечена в развитие мигрени и почему роль ферментов в организме важна не меньше, чем мозговое кровообращение. Книга построена так, чтобы маленькими, но уверенными шагами вести вас от понимания к действию.

Почему «мигрень» больше, чем диагноз

Если вы открыли эти страницы в поисках ответа на вопрос «почему так часто болит голова?», вы по адресу, даже если в вашей медкарте нет кода G43 «Мигрень». На практике я убедилась: у большинства людей с сильными, периодически повторяющимися головными болями корни проблемы сходны с теми, что запускают классическую мигрень. Разница лишь в нюансах симптомов и формулировках врачей, а не в сути процесса.

Миллионы пациентов ходят от кабинета к кабинету без официального диагноза, потому что головная боль не вписывается

в жесткие диагностические критерии. Поэтому когда я пишу «головная боль» — имею в виду именно такие тяжелые и «упрямые» приступы, а не разовый дискомфорт после шумной вечеринки. А упоминая мигрень, обращаюсь и к тем, кому диагноз уже поставили, и к тем, кто только подозревает его у себя.

Как читать эту книгу?

На этих страницах вы найдете инструкцию, которую можно внедрять в жизнь последовательно и постепенно. Подход, с которым вы познакомитесь, я проверила на пациентах, и почти все они получили значительное облегчение — часто даже тогда, когда «ничего уже не помогало». Более того, я проверила все описанные методы на себе, потому что сама страдала мигренями и всегда была у себя самым требовательным пациентом.

Советую читать книгу последовательно и полностью, не пропуская ключевые идеи. Когда узнаете, как в организме все устроено применительно к головной боли, сможете понять и специфику своего организма. В конце книги вас ждет раздел с алгоритмами. В нем четко и подробно расписаны схемы, которые я проверила тысячу раз и использую при лечении пациентов. Настоятельно не рекомендую перескакивать сразу на этот раздел, а посвятить время изучению механизмов и процессов, вызывающих головную боль, чтобы не найти быстрый рецепт, а понять, как подход поможет именно вам.

Не нужно стремиться делать все сразу из предложенных схем. Любые изменения необходимо внедрять постепенно. Даже один маленький шаг — например, изменение питьевого режима или нормализация оттока желчи — уже может уменьшить интенсивность и частоту боли. Двигайтесь поэтапно.

Самое важное: не занимайтесь самолечением! Данная книга носит информационно-образовательный характер. Полученные знания перед применением в практике необходимо обсудить с вашим лечащим врачом.

Желаю приятного чтения и надеюсь, что эта книга станет настольной и вы сможете обращаться к ней регулярно, чтобы избавиться от головных болей и мигрени.

Глава 1.

ГДЕ ПРЯЧЕТСЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

— **Ой, голова болит — ну и что?** У меня тоже, но я же работаю и не жалуюсь, — пробурчал участковый терапевт.

Эту фразу Лена слышала не раз — от коллег, друзей, даже врачей. Но сегодня все иначе: обезболивающие не действовали уже вторые сутки, правая половина тела онемела, тошнота и рвота не давали вдохнуть. «Инсульт?» — мелькнуло в голове, и она вызвала скорую.

Фельдшер снова отмахнулся: «Да что вы, обычная головная боль». И только после слов об онемении Лена оказалась в приемном покое неврологии, где дежурила я. Передо мной оказалась молодая женщина, едва способная говорить. Неврологические тесты не подтверждали инсульт, температуры не было. Я уже полчаса ломала голову над диагнозом, пока не увидела в ее сумочке упаковку «Релпакса» — популярного тогда триптана. Картина сложилась мгновенно: **мигренозный статус**.

Лену положили в палату интенсивной терапии, два дня капали гормоны. И все же после капельниц она была бледнее и слабее, чем соседние консультники. Через несколько дней, когда самочувствие пришло в норму, ее перевели в общую палату и вскоре выписали.

Вот парадокс: пациентов с нарушением мозгового кровообращения госпитализируют без споров, а мигрень даже «больничного» часто не «заслуживает». В обществе и среди медиков укоренилось мнение, что «просто болит голова» — не болезнь.

Моя книга начинается этой историей, потому что:

**первая победа над головной болью — признать,
что это очень серьезно.**

Вы когда-нибудь встречали человека, у которого ни разу в жизни не болела голова? Такие — большая редкость. Но для большинства это эпизодическая проблема: пару раз в год, иногда раз в месяц — приняли таблетку и забыли. Но есть и другой сценарий: когда боль приходит регулярно, на три, пять, а то и все семь дней в неделю.

Особенно тяжелой оказывается женская «версия» мигрени. У многих приступы начинаются накануне месячных и тянутся по три-четыре дня, полностью выключая человека из жизни. Это не «дискомфорт», а мучительная пульсация, нескончаемая тошнота с рвотой и риском обезвоживания, светобоязнь, шумобоязнь, невозможность есть, двигаться и даже связно думать.

По шкале утраты трудоспособности Всемирной организации здравоохранения мигренозный приступ сопоставим с состоянием после инсульта или тяжелого паралича [1].

И все-таки каждый второй пациент признается: его боль не вызывает сочувствия ни у родных, ни у коллег — ведь это «просто голова болит».

КАК Я СТАЛА НЕВРОЛОГОМ

Мой путь в медицину начинался вполне ordinarily: учеба на лечебном факультете, скрупулезно записанные конспекты, занятия в анатомичке. Все шло по накатанной, пока на четвертом курсе в аудиторию не вошел один харизматичный лектор-невролог. Его занятия были похожи на камерный спектакль: вместо сухих схем — живые истории пациентов, вместо формул — цепочка клинических загадок, которые мы разгадывали вместе. На этих лекциях я поняла: неврология — это не набор «рефлексов и нервов», а детектив о том, как мозг разговаривает со всем телом.

Но была и другая причина моей любви к неврологии.

Еще в студенчестве я заметила у себя признаки нарушений со стороны вегетативной нервной системы [2], часто болела голова, я плохо переносила душные помещения, руки потели, а тревожность не покидала. Я хотела понять, что со мной происходит.

Так личная потребность слилась с профессиональным интересом. Темой первой научной работы я выбрала головные боли: исследовать это было и честно, и логично, ведь речь шла и обо мне самой. Чтобы не усложнять жизнь поиском испытуемых, я начала с ближнего круга — разослала однокурсникам анонимную анкету. Результаты ошеломили: едва ли не половина ребят с потока регулярно мучилась головной болью и при этом считали ее «обычным побочным эффектом» учебы.

Из этого мини-исследования я вынесла два вывода:

Во-первых, **люди не ищут причины головной боли и воспринимают ее как нечто само собой разумеющееся.**

Во-вторых, **большинство предпочитает терпеть, потому что даже не догадывается, что проблему можно и нужно решать.**

После этого открытия я дала себе обещание, которое и по сей день определяет мой научный и профессиональный путь — разобраться в истинных причинах головной боли.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ — ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА НЕВРОЛОГИИ

После окончания вуза я поступила в ординатуру по неврологии, затем прошла очную аспирантуру и защитила кандидатскую диссертацию по нервным болезням.

Когда я начала самостоятельную врачебную практику, быстро убедилась: головная боль — повод номер один для обращения к неврологу[3]. Она приводит на прием подростков, молодых матерей, топ-менеджеров и пенсионеров. При этом «головная боль» — не диагноз, а зонтичный (обобщающий) термин, под которым скрываются сотни причин. **Международная классификация головной боли (ICHD-3) описывает более трехсот состояний, для которых боль в голове служит ключевым или сопутствующим симптомом.**

Чтобы хоть как-то систематизировать этот длинный список, мировое неврологическое сообщество договорилось делить все головные боли на две большие группы:

Первичные — это мигрень, головная боль напряжения, кластерная боль и еще несколько редких форм. Они считаются самостоятельными заболеваниями, возникающими «внутри» самой нервной системы без внешнего повреждающего фактора [4].

Вторичные — воспринимаются как следствие: травмы, воспаления, интоксикации, артериальной гипертензии, заболеваний пазух, шейного отдела позвоночника... Список можно продолжать очень долго.

В учебниках первичные боли преподносятся как догма: если МРТ «чистая», а анализы без отклонений, значит, причина проблемы в особенностях проводимости нервных путей и колебаниях сосудистого тонуса — смирись и действуй по протоколу. Но, как показывает моя практика, граница между «первичным» и «вторичным» далеко не всегда такая непроницаемая, как кажется на лекциях. Скоро вы и сами в этом убедитесь.

КАК ПРИВЫКЛИ ЛЕЧИТЬ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ

Головная боль сопровождает человечество с тех пор, как люди научились бить друг друга по черепу. В Древнем Египте жрецы прикладывали к вискам глиняных крокодилов, гремели в бубны, а боль все равно оставалась. Мы живем в XXI веке, но вопрос «чем лечить?» до сих пор не закрыт — просто вместо крокодила теперь существует целая аптечка. Разберем по порядку, что в ней лежит и какова «обычная» схема назначения препаратов на приеме у невролога при жалобе «регулярная головная боль» или диагнозе «мигрень».

Начинают обычно с самой популярной группы обезболивающих — нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Ибупрофен, напроксен, диклофенак гасят воспалительный каскад и действительно сбивают пульсирующую боль при редких эпизодах или легкой мигрени. Цена, которую за это платит пациент, — побочки со стороны желудочно-кишечного тракта. Слизистая истончается, а при длительном приеме растет нагрузка на печень и почки. Назначать пациенту с язвенным анамнезом такие таблетки — все равно что костер тушить бензином.

Если НПВС — «одиночки», то комбинированные анальгетики работают командой. Например, «Цитрамон» содержит ацетилсалициловую кислоту, в народе известную как аспирин (разжижает кровь), парацетамол (глушит болевой сигнал) и кофеин (стимулирует венозный отток) — эффект наступает быстрее, чем успеешь почистить зубы. Проблема в другом: рука так и тянется к новой таблетке. Три-четыре приема в неделю превращают острую боль в хроническую, а желудок — в нового кандидата на лечение[5].

Когда боль не просто пульсирует, а «сверлит» виски, на сцену выходят триптаны — узкоспециализированный «спецназ» против

мигрени. Они действуют на специфические механизмы, вызывающие развитие приступа мигрени. Ключевой нюанс: принимать их надо в первые 30–40 минут атаки, а лучше — в фазу предвестников, когда появляется аура в виде зрительных и других ощущений, легкая заторможенность, сонливость. Упустили момент — вероятность того, что триптаны помогут, сильно снижается. Их побочные эффекты настигают тех, кто и так плохо переносит приступ: тошнота, туман в голове, а при ишемической болезни сердца прием триптанов противопоказан из-за реальной опасности осложнений.

Если мигрень «прописалась» в голове на месяцы, неврологи предлагают ботулотоксин. Инъекциям удастся расслабить перманентно напряженные мышцы шеи и висков, снизив частоту атак почти вдвое. Но три-четыре месяца спустя эффект рассеивается, и все начинается заново. В своей практике я замечала, что дополнительный прием витаминов группы В (а неврологические пациенты делают это очень часто) снижает эффект ботулинотерапии[6]. К тому же для проведения такого лечения нужна рука опытного специалиста и сертифицированный препарат.

Еще один способ снизить боль — антидепрессанты. Мозг мигренозника часто живет в компании тревоги и депрессии: чем ниже эмоциональный фон, тем чувствительнее болевой радар. Трициклики или препараты класса СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) поднимают уровень серотонина и норадреналина, повышают болевой порог и действительно облегчают хронические боли. Побочные эффекты варьируются: от сонливости и набора веса до, напротив, чрезмерной стимуляции нервной системы — подбор препарата превращает врача в сапера на «минном поле».

«ПОСЛЕДНЕЕ СЛОВО» В НАУКЕ ПО БОРЬБЕ С МИГРЕНЬЮ

В 1982 году в неврологии произошло революционное открытие кальцитонин-ген-родственного пептида (CGRP) — «молекулы-сирены», которая запускает приступы боли[7]. Только тогда медицинское сообщество наконец признало, что мигрень — не «каприз нервной барышни», а полноценное заболевание.

Представьте тревожную кнопку, подключенную к системе пожаротушения: стоит нажать — и вся квартира заливается водой. В голове такой кнопкой оказался тройничный нерв. Он оплетает оболочки мозга и сосуды, поэтому любая его «паническая атака» включает каскад реакций: сосуд расширяется, воспаляется, высвобождаются болевые медиаторы — и череп начинает «раскалываться». А дальше, будто этого было мало, вместе с болью приходят тошнота, рвота, свето- и шумобоязнь.

У людей, склонных к мигрени, тройничный нерв обладает особой чувствительностью и живет в режиме сторожа: гормональный скачок, недосып, бокал вина — или другой триггер — и по нему прокатывается электрический шторм, высвобождая CGRP и приводя к болевому приступу. Однако в моем осмыслении проблемы боль в этом случае — сигнал, что в мозге идет воспаление из-за перегрузки токсинами, стрессом или гормональным дисбалансом.

На волне этого открытия фарм-индустрия создала «глушилки сирены» — новый класс противомигренозных препаратов, которые получили название моноклональные антитела. **Ajovy («Аджови»)** — **фреманезумаб**, «накрывает» саму молекулу CGRP, а **Erenex («Иринэкс»)** — **эренумаб**, блокирует ее рецептор. В США «Аджов» был одобрен FDA в 2018 году. А в России зарегистрирован в 2020 году как первый препарат своего класса. Вводят его подкожно раз в месяц.