



Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью

невролог
терапевт



анее используемые термины: доброкачественная головная боль, связанная с сексуальной активностью; коитальная цефалгия; доброкачественная сосудистая головная боль, связанная с сексуальной активностью; головная боль, связанная с половым актом; оргазмическая цефалгия; оргазмическая головная боль.

О первичной головной боли, связанной с сексуальной активностью (ПГБССА), можно подумать при предъявлении пациентами жалоб на не менее двух эпизодов тупой или пульсирующей головной боли, возникающей во время полового акта. Чаще отмечается двусторонняя диффузная головная боль или боль в области затылка.

Интенсивность боли нарастает вместе с сексуальным возбуждением, достигая максимума перед или во время оргазма. При выраженной интенсивности боли длятся от 1 минуты до 24 ч, при умеренной интенсивности – до 72 ч.

Для такой головной боли обычно не характерны нарушения сознания, рвота, зрительные, сенсорные или двигательные расстройства.

При аналогичных жалобах на 1 эпизод головной боли может быть выставлен диагноз «Возможная первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью».

В 1-е и 2-е издания Международной классификации головной боли (МКГБ) были включены два подтипа головной боли, связанной с сексуальной активностью, – преоргазмическая и оргазмическая. Но в проведенных клинических исследованиях не было выявлено различий между ними, поэтому в 3-м издании МКГБ ПГБССА, является единым понятием с различными проявлениями.

Эпидемиологические исследования показали, что распространенность заболевания составляет 1–1,6%. ПГБССА может воз-

никать в любом сексуально активном возрасте. Мужчины страдают чаще, чем женщины (соотношение от 1,2:1 до 3:1) [1]. Обычно ПГБССА возникает в возрасте 20–45 лет. Но симптомы могут возникать и раньше: был описан случай, когда мальчик 12 лет впервые испытал головную боль, связанную с сексуальной активностью, во время мастурбации [2].

В большинстве случаев прогноз благоприятный, но у 40% пациентов отмечается хроническое течение.

Этиопатогенез

До конца неизвестен. В качестве возможных патофизиологических механизмов рассматриваются церебральный спазм сосудов, перикраниальное мышечное сокращение, гемодинамические и дыхательные изменения во время полового акта.

Данные некоторых отчетов предполагают наследственный характер возникновения ПГБССА. Но необходимы дальнейшие исследования для подтверждения этого факта.

Некоторые эксперты полагают, что наличие сопутствующих патологий, таких как артериальная гипертензия, мигрень, а также психологические особенности пациентов, могут играть роль в развитии ПГБССА.

Есть некоторые доказательства того, что определенные лекарственные препараты, в частности амиодарон и гликозиды гинкго билоба, могут оказывать влияние как на возникновение, так и на интенсивность ПГБССА [2].

Основные методы диагностики ПГБССА

Магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография головного мозга (КТ) и КТ-ангиография. Также дополнительно могут применяться люмбальная пункция и анализ ликвора.

Диагноз ставится после исключения внутричерепной патологии.

Дифференциальная диагностика

Проводится со следующими заболеваниями:

- субарахноидальное кровоизлияние;
- интра- и экстракраниальная артериальная диссекция;
- синдром обратимой церебральной вазоконстрикции (СОЦВ).

При предъявлении жалоб на множественные эпизоды «взрывоподобных» головных болей, возникающих во время полового акта, следует подумать о СОЦВ. Для диагностики применяют ангиографические исследования (в том числе, МРТ или КТ-ангиография) или транскраниальную ультразвуковую доплерографию. На ранних стадиях изменения, характерные для СОЦВ, могут быть не обнаружены, в дальнейшем необходимо проведение контрольных исследований [1];

- церебральный ишемический или геморрагический инсульт;
- тромбоз венозного синуса головного мозга;
- невралгия тройничного нерва;
- демиелинизирующие заболевания;
- кластерная головная боль;
- мигрень
- хронические пароксизмальные гемикрании.

Лечение

Для лечения пациентов с ПГБССА применяют как немедикаментозные, так и медикаментозные методы.

Немедикаментозная терапия заключается в сексуальном воздержании (обычно в течение 3 месяцев).

В настоящий момент отсутствуют рандомизированные клинические исследования эффективности лекарственных препаратов при ПГБССА. Рекомендации по медикаментозной терапии основаны на отдельном опыте и серии случаев.

Прием индометацина (25–50 мг) за 30–60 минут до полового акта показал хороший эффект в качестве кратковременной профилактики возникновения приступа головной боли во время полового акта.

Парентеральное введение триптанов (наратриптан (2,5 мг), золмитриптан (2,5 мг), суматриптан (50 мг)) в 50% случаев показало эффективность для краткосрочной профилактики головной боли во время сексуальной активности.

В качестве профилактического лечения у пациентов с длительно протекающими или повторяющимися приступами головных болей могут применяться бета-адреноблокаторы, такие как пропранолол (40–200 мг/сут), метопролол (100–200 мг/сут).

При противопоказаниях к применению бета-адреноблокаторов могут быть рекомендованы индометацин (25–100 мг/сут), а также блокаторы кальциевых каналов – верапамил (240–480 мг/сут), дилтиазем (60–80 мг/сут), флунаризин.

В некоторых исследованиях показана эффективность противоэпилептического препарата топирамата (50 мг/сут).

Ибупрофен, диклофенак, парацетамол, ацетилсалициловая кислота, эрготамин и бензодиазепины, как показывают исследования, не оказывают значительного эффекта у пациентов с ПГБССА при употреблении их перед половым актом [2, 3].

В одном исследовании отмечалась эффективность эренумаба (70 мг) у пациентки с ПГБССА в сочетании с эпизодической мигренью без ауры [4].

В литературе также описаны хирургические методы лечения ПГБССА. Был описан случай положительного эффекта блокады



большого затылочного нерва комбинацией местного анестетика (20 мг прилокаина) и 125 мг метилпреднизолона.

В другом исследовании отмечалась эффективность сеансов мануальной терапии [2].

Заключение

До сих пор обсуждается патогенез головной боли, связанной с сексуальной активностью.

Пациентов с жалобами на впервые возникшую во время полового акта головную боль обязательно нужно обследовать для исключения субарахноидального кровоизлияния, артериальной диссекции, синдрома обратимой церебральной вазоконстрикции и другой патологии.

На сегодняшний день рекомендации по медикаментозной терапии ПГБССА, основаны на отдельном опыте и серии случаев. Отмечается эффективность приема индометацина, бета-адреноблокаторов и блокаторов кальциевых каналов в качестве профилактики возникновения приступов головной боли. В некоторых исследованиях показана эффективность применения триптанов, топирамата и эренумаба.

Блокада большого затылочного нерва или мануальная терапия могут быть полезны для достижения длительной ремиссии, как показано в отдельных исследованиях.

Литература

1. Международная классификация головной боли (3-е издание, 2018.)
2. Ściśliski P, Sztuba K, Klimkiewicz-Mrowiec A, Gorzkowska A. Headache Associated with Sexual Activity-A Narrative Review of Literature. *Medicina* (Kaunas). 2021 Jul 21;57(8):735. doi: 10.3390/medicina57080735. PMID: 34440941; PMCID: PMC8400207.
3. Lin PT, Chen SP, Wang SJ. Update on primary headache associated with sexual activity and primary thunderclap headache. *Cephalalgia*. 2023 Mar;43(3):3331024221148657. doi: 10.1177/03331024221148657. PMID: 36786380.
4. Makarevičius G, Ryliškienė K. Successful treatment of primary headache associated with sexual activity using erenumab: Case report. *Cephalalgia*. 2022 Jun;42(7):680-683. doi: 10.1177/03331024221075074. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35166159; PMCID: PMC9109243.