

## ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ.

Азимова Ю.Э., Винаров А.З.\*, Табеева Г.Р.

*Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии*

*\*Научно-Исследовательский Институт Уронефрологии и Репродуктивного Здоровья  
Человека (директор – член-корр. РАМН П.В. Глыбочко) Первого МГМУ им.И.М.Сеченова.*

## HEADACHE ASSOCIATED WITH SEXUAL ACTIVITY.

Azimova Y.E., Vinarov A.\*, Tabeeva G.

*Department of neurology and clinical neurophysiology*

*\*Uronephrology and human reproductive health scientific institute*

*1<sup>st</sup> Moscow State Medical University*

*Опубликовано: Андрология и генитальная хирургия, 2011.-N 1.-С.16-20.*

*В международной классификации головных болей (2003г) выделяется первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью (ПГБССА) (синонимы: доброкачественная головная боль, связанная с сексуальной активностью, коитальная головная боль, доброкачественная сосудистая головная боль, связанная с сексуальной активностью) – цефалгия, провоцирующаяся сексуальной активностью при отсутствии внутричерепной патологии. ПГБССА начинается как тупая двусторонняя боль, которая нарастает вместе с сексуальным возбуждением и достигает максимума во время оргазма. Выделяется два типа коитальной головной боли: преоргазмическая и оргазмическая. Обзор посвящен вопросам диагностики, дифференциальной диагностики и принципам лечения ПГБССА.*

*International classification of headache disorders (2003) contains primary headache associated with sexual activity (PHASA) (benign headache associated with sexual activity, coital headache, benign vascular headache associated with sexual activity) - a form of primary headaches, precipitated by sexual activity, in the absence of any intracranial disorder. PHASA begins as dull bilateral ache as sexual excitement increases and suddenly becoming intense at orgasm, in the absence of any intracranial disorder. Two types of PHASA are discerned: preorgasmic and orgasmic. Diagnosis, differential diagnosis and management of patients with PHASA are discussed.*

Ключевые слова: Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью, оргазмическая головная боль

Key words: Primary headache associated with sexual activity, orgasmic headache.

Головные боли, связанные с коитусом, как правило, долгое время оставались за пределами внимания врачей любых специальностей, хотя первые упоминания о «необузданной страсти как причине развития цефалгии» имеются в трудах Гиппократов [3, 22]. Современное описание головной боли, связанной с сексуальной активностью, принадлежит Гарольду Вульффу [37], когда в 70-х годах двадцатого века возрос научный интерес к коитальным цефалгиям. Lance J. [22] наблюдал 21 пациента с коитальными головными болями и выделил два типа оргазмической цефалгии: связанной с мышечным напряжением и взрывной тип. Paulson G.W. [29] был отмечен третий тип головной боли, связанной с сексуальной активностью, который имеет характеристики цефалгии, вызванной низким ликворным давлением.

В настоящее время согласно международной классификации головных болей (МКГБ-2, 2003г) [2, 9] выделяется первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью (ПГБССА) (синонимы: доброкачественная головная боль, связанная с сексуальной активностью, коитальная головная боль, доброкачественная сосудистая головная боль, связанная с сексуальной активностью). ПГБССА – цефалгия, провоцирующаяся сексуальной активностью при отсутствии внутричерепной патологии. Как правило, ПГБССА начинается как тупая двусторонняя боль, которая нарастает вместе с сексуальным возбуждением и достигает максимума во время оргазма. Выделяется два типа коитальной головной боли, критерии которых представлены в таблице 1.

Таблица 1. Критерии первичной головной боли, связанной с сексуальной активностью (4.4)

#### 4.4.1. Преоргазмическая головная боль

А. Тупая боль в голове или шее, сочетающаяся с чувством напряжения шейных и/или жевательных мышц и отвечающая критерию Б.

Б. Боль возникает во время сексуальной активности и нарастает вместе с сексуальным возбуждением

В. Не связана с другими причинами (нарушениями)

#### 4.4.2. Оргазмическая головная боль

А. Внезапная интенсивная («взрывоподобная») головная боль, отвечающая критерию Б.

Б. Боль возникает во время оргазма

В. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Третий тип головной боли, возникающий после полового акта и связанный с постуральной нагрузкой, рассматривается как одна из форм вторичной головной боли, а

именно цефалгии, связанной со спонтанным идиопатическим понижением ликворного давления. Эта головная боль характеризуется как диффузная и/или тупая, нарастающая в течение 15 минут после перехода из горизонтального в сидячее или вертикальное положение, сопровождающаяся одним и более из следующих симптомов: напряжение мышц шеи, шум в ушах, гипоакузия, светобоязнь, тошнота. Для верификации диагноза данной формы цефалгии необходимо выявление признаков низкого ликворного давления при помощи МРТ (утолщение мягкой мозговой оболочки) и/или ликвореи, подтвержденной миелографией или КТ-миелографией и/или люмбальной пункции (давление ликвора в положении сидя менее 60 мм.рт.ст) [6].

Первые эпизоды головной боли, вызванной сексуальной активностью, должны быть поводом для незамедлительного направления пациента к неврологу, так как причиной головных болей, возникших во время коитуса могут быть субарахноидальное и/или внутримозговое кровоизлияние, субдуральная гематома, разрыв аневризмы, ишемический инсульт, диссекция каротидных или позвоночных артерий, тромбоз венозных синусов, аномалия Арнольда-Киари, объемные образования задней черепной ямки, повышение или снижение внутричерепного давления [10, 21, 30, 33, 35]. Наиболее часто (4-12%) оргазмическая головная боль может быть симптомом нетравматического субарахноидального кровоизлияния [24, 25]. В большинстве случаев причиной нетравматического субарахноидального кровоизлияния служит разрыв мешотчатой аневризмы. Головная боль при субарахноидальном кровоизлиянии, как правило, двусторонняя, сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением сознания, ригидностью шейных мышц, хотя в ряде случаев цефалгия может быть менее интенсивной и не сопровождаться описанными симптомами [2]. У 50% пациентов с подтвержденным субарахноидальным кровоизлиянием аневризматической природы первым симптомом является громоподобная головная боль. Таким образом, главной характеристикой боли при субарахноидальном кровоизлиянии является ее внезапное начало, поэтому каждый пациент с остро возникшей интенсивной головной болью по типу громоподобной, как в случае с оргазмической головной болью, должен быть обследован на предмет субарахноидального кровоизлияния [2].

Предполагается, что распространенность ПГБССА в популяции составляет около 1%, однако эта цифра может быть и больше, так как не все пациенты активно предъявляют жалобы на расстройства, связанные с сексуальными отношениями. ПГБССА встречается в 3-4 раза чаще у мужчин, дебют заболевания имеет два пика – в 20 лет и в 40 лет [13, 28, 34]. В литературе имеются описания случаев возникновения ПГБССА у подростков [12]. По-видимому, развитие ПГБССА может быть спровоцировано приемом

некоторых лекарственных средств, в частности амиодорона [7]. В литературе имеются сообщения о развитии оргазмической головной боли и ишемического инсульта у пациента, злоупотреблявшего канабиоидами [5].

Необходимо дифференцировать ПГБССА с головной болью, вызванной приемом ингибиторов фосфодиэстеразы (ФДЭ) – средств для лечения эректильной дисфункции (код 8.1.2 МКГБ-2) [2]. Диагностические критерии цефалгии, вызванной приемом ингибиторов ФДЭ включают в себя следующее:

1. Головная боль должна иметь по крайней мере одну из следующих характеристик
  - двусторонняя
  - лобно-височной локализации
  - пульсирующий характер
  - усиливается при физической активности
2. Однократный прием ингибитора ФДЭ
3. Головная боль возникает в течение 5 часов после приема ингибитора ФДЭ
4. Головная боль прекращается в течение 72 часов.

Наиболее изученным в отношении развития головной боли препаратом группы ингибиторов ФДЭ является силденафил. У здоровых добровольцев прием силденафила вызывает головную боль, имеющую признаки головной боли напряжения, а у пациентов с мигренью может спровоцировать мигренозный приступ. Головная боль при приеме ингибиторов ФДЭ является монофазной, то есть при однократном приеме препарата не возникает повторно. Было установлено, что у молодых пациентов с мигренью, особенно женщин, ингибиторы ФДЭ вызывают головную боль практически в 100% случаев, в связи с чем при назначении ингибиторов ФДЭ пациенты с мигренью должны быть проинформированы о возможности развития цефалгии [2].

Природа ПГБССА, по-видимому, гетерогенна. Клиническая характеристика преоргазмической формы позволяет предположить связь ее с мышечным напряжением, тогда как в основе развития оргазмической формы цефалгии лежит повышение внутричерепного давления во время оргазма, который является эквивалентом пробы Вальсавы. Хотя Lance J.W., наблюдавший группу пациентов с ПГБССА, не обнаружил ни у одного пациента ангиографических признаков вазоспазма, в последующих исследованиях [20, 32, 36] у пациентов с оргазмической головной болью при проведении ангиографии подтверждался сегментарный вазоспазм. Сегментарный вазоспазм преимущественно отмечен у пациентов со вторым (эксплозивным) типом ПГБССА [36]. Существует точка зрения, что ПГБССА коморбидна с мигренью: мигрень отмечается у 30% пациентов с первым типом ПГБССА и у 9% пациентов со вторым типом ПГБССА,

хотя эти данные не были подтверждены результатами крупных эпидемиологических исследований [23]. По данным других авторов [13] ПГБССА сочетается с доброкачественной головной болью, связанной с физической нагрузкой (29%) и головной болью напряжения (45%). Коморбидность ПГБССА с другими формами первичных головных болей подтверждает ведущую роль нейрогенной дисфункции в генезе оргазмической головной боли. Многие авторы обсуждают наличие у пациентов с ПГБССА нарушений обмена нейротрансмиттеров и вазоактивных веществ, таких как нейрокинин, серотонин и катехоламины [4, 26, 29]. Более того, средства для лечения мигрени ( $\beta$ -блокаторы, триптаны) эффективны при ПГБССА. В исследовании Frese A. с соавт. [14] проводился анализ зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) у пациентов с ПГБССА 2 типа (эксплозивный вариант), мигренью и здоровых лиц. Было показано, что для пациентов с ПГБССА 2 типа, как и для больных мигренью, характерен феномен дисгабитуации: при предъявлении повторных стимулов амплитуда ЗВП нарастает, а латенция снижается, тогда как у здоровых лиц при повторных стимулах амплитуда уменьшается, а латенция увеличивается. Таким образом, по-видимому, гипервозбудимость нейронов головного мозга играет важную роль в развитии ПГБССА 2 типа [14]. Кроме этого, было показано, что у пациентов с ПГБССА имеется высокая распространенность хронических болевых синдромов другой локализации [19]. У больных с эксплозивным вариантом ПГБССА отмечается снижение порога ноцицептивного флексорного рефлекса и коэффициента «порог боли/порог рефлекса» [1], что может свидетельствовать о недостаточности антиноцицептивных систем при данной патологии [17].

У 26% пациентов с первичной оргазмической головной болью отмечаются аномалии развития интракраниальных сосудов – незамкнутый виллизиев круг, гипоплазия позвоночной артерии, гипоплазия передней мозговой артерии, извитость среднемозговой и внутренней сонной артерий [1], хотя грубой органической патологии головного мозга и сосудов не выявляется. Многими исследователями отмечается характерный для пациентов с ПГБССА тревожный, мнительный тип личности [1, 13, 18]. Предполагаемая взаимосвязь между ПГБССА и артериальной гипертензией не была подтверждена [13].

Преоргазмическая форма встречается у 22% пациентов с ПГБССА, оргазмическая – у 78% [34]. Эти два типа ПГБССА не различаются по демографическим показателям и коморбидности. Для обеих форм (75% пациентов) характерна двусторонняя головная боль теменной локализации с ощущением пульсации [11]. При преоргазмической форме пациенты отмечают тупую боль, захватывающую мышцы головы и шеи по типу кольца

или обруча. Сопутствующие симптомы (тошнота, фото- и фонофобия) не характерны для преоргазмической формы.

При оргазмической головной боли пациенты отмечают цефалгию высокой интенсивности, пульсирующую локализованную в лобной или затылочной области или генерализованную. Оргазмическая головная боль может сопровождаться тошнотой [27]. В структуре приступа цефалгии период интенсивной головной боли при обоих вариантах составляет около 30 минут, тогда как умеренная боль при преоргазмической форме сохраняется в среднем 4 часа, а при оргазмической – 1 час. По данным Екушевой Е.В. и Филатовой Е.Г. [1] наибольшая интенсивность коитальной головной боли отмечается в пределах 15 минут (90% пациентов), реже в пределах 1-5 минут (10% пациентов). Затем интенсивность цефалгии уменьшается, хотя боль сохраняется в течение 1 часа более, чем у половины пациентов, в течение 3-7 часов – у 26%, сутки и более – у 16%. У 58% интенсивность боли достигает 10 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (нестерпимая боль), у трети пациентов – составляет 8-9 баллов ВАШ (очень высокая интенсивность) [1]. Формы оргазмических головных болей различаются временем начала головной боли. Так, если при эксплозивном типе головная боль возникает в среднем за 5 секунд до наступления оргазма, то при первом типе между развитием головной боли и возникновением оргазма проходит несколько минут. Как правило, ПГБССА возникает при сексуальной активности с постоянным партнером вне зависимости от сексуальных предпочтений пациента, у трети пациентов цефалгия возникает во время мастурбации, а также ночной эрекции [8]. У 58% пациентов головная боль возникает при каждом контакте, у 30% пациентов приступы развиваются непредсказуемо [1].

Прогноз ПГБССА благоприятный. У большинства пациентов головная боль прекращается при прерывании сексуальной активности, 51% пациентов отмечает значительное уменьшение цефалгии при более пассивной роли во время сексуальной активности [12]. Для ПГБССА характерно чередование фаз обострений продолжительностью несколько недель или месяцев и ремиссий. По данным лонгитудинального клинического наблюдения за пациентами с ПГБССА [16] у 82% больных наступает стойкая ремиссия, у 16% - возникает 1 и менее приступов за 2 месяца, у 2% пациентов заболевание приобретает хронический характер. Длительность заболевания составляет в среднем от 1 месяца до 1-2 лет [1].

Диагностика ПГБССА возможно только лишь после исключения вторичного характера этой цефалгии, прежде всего субарахноидального кровоизлияния, диссекции артерий и объемных процессов задней черепной ямки, поэтому первичным пациентам с головной болью, связанной с сексуальной активностью необходимо проведение нейровизуализации,

а при подозрении на субарахноидальное кровоизлияние – люмбальная пункция. В ведении пациентов с ПГБССА чрезвычайно важна беседа с пациентом и его партнером. После проведенного исследования и постановки диагноза необходимо сообщить пациенту о доброкачественном характере его заболевания. Пациенту должно быть рекомендовано избегание активной физической нагрузки, а также пассивная роль при коитусе. Первый тип ПГБССА (преоргазмический) с большей вероятностью купируется прерыванием коитуса.

**Клинический пример.** Пациент Б., 42 года, предъявляет жалобы на приступы головных болей высокой интенсивности (9 баллов по визуальной аналоговой шкале), локализующиеся в затылочной области, пульсирующего характера, возникающие за 5-7 минут до возникновения оргазма. После наступления оргазма головная боль становится менее интенсивной (5-6 баллов ВАШ) и постепенно регрессирует в течение 5-6 часов. Прием ибупрофена незначительно уменьшает головную боль. Головная боль возникает при каждом оргазме в течение последних 1.5 месяцев. На протяжении жизни пациент отмечал 10-15 приступов мигрени без ауры (односторонние, интенсивные, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией). За 6 месяцев до развития настоящего заболевания испытывал значительные стрессы на работе, также частую смену часовых поясов, в связи с чем был нарушен цикл «сон-бодрствование». В соматическом и неврологическом статусе патологии не выявлено. МРТ головного мозга с МР-ангиографией – норма. Тип головной боли, возникший у пациента Б., был расценен как ПГБССА первого типа. Пациенту была рекомендована пассивная роль при коитусе, назначен курс профилактической терапии метопрололом (100мг/сут), а также прием индометацина (50мг) за 30-40 минут до сексуальной активности. Через 3 недели после начала лечения приступы регрессировали.

#### **Рекомендации.**

Медикаментозная терапия ПГБССА складывается из:

- кратковременной профилактики, которая назначается за 30-60 минут до коитуса,
- длительной профилактики, когда пациенты принимают препарат ежедневно в течение нескольких месяцев
- купирования приступа головной боли в случае ее возникновения.

Среди медикаментозных средств для кратковременной профилактики может быть рекомендован прием индометацина (25-100мг) за 30-60 минут перед сексуальным контактом [27]. Имеются данные об эффективности наратриптана (2.5мг), принимаемого перед коитусом, в профилактике ПГБССА. Триптаны в целом эффективны для кратковременной профилактики у двух из трех пациентов [15]. В литературе имеются

единичные сообщения об эффективности препаратов эрготамина и бензодиазепинов [34] для кратковременной профилактики.

Длительная профилактика может проводиться индометацином (25мг – 3 раза в сутки), пропранололом (120-240мг/сут), метопрололом (100-200мг), дилтиаземом (180мг/сут). Имеются данные об эффективности блокады затылочного нерва анестетиком в сочетании со стероидами [31]. Уже возникшая головная боль может быть купирована НПВС. Специфические противомигренозные средства (триптаны) также эффективны для купирования ПГБССА: было показано, что у двух из четырех пациентов с интенсивной головной болью триптаны значительно снижают интенсивность цефалгии в течение двух часов [16].

Таким образом, ПГБССА – форма первичных головных болей, относительно часто встречающаяся в популяции, возникающая в основном у молодых активных мужчин. ПГБССА имеет доброкачественный характер и благоприятный прогноз: у большинства пациентов наступает стойкая ремиссия. Однако дебют ПГБССА требует тщательной дифференциальной диагностики со вторичными головными болями, прежде всего с субарахноидальным кровоизлиянием.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

1. *Екушева Е.В., Филатова Е. Г.* Головная боль, вызванная сексуальной активностью. // Журн. неврол. и психиатр. – 2003. - №10. - стр.22-26.
2. Международная классификация головных болей 2-ое издание (полная русскоязычная версия), 2006, 380 с.
3. *Окнин В.Ю., Артеменко А.Р. под редакцией Вейна А.М.* Азбука головной боли. // М.: Эйдос-Медиа. – 2003. – 264с.
4. *Акрупони В.Е., Ahrens J.* Sexual headaches: case report, review, and treatment with calcium blocker. // Headache. – 1991. – v.31. – p.141–145.
5. *Alvaro L.C., Iriundo I., Villaverde F.J.* Sexual headache and stroke in a heavy cannabis smoker. // Headache. – 2002. – v.42. – p.224-226.
6. *Anand K.S., Dhikav V.* Primary headache associated with sexual activity. // Singapore Med J. – 2009. – v.50. – p.176-177.
7. *Biran I., Steiner I.* Coital headaches induced by amiodarone. // Neurology. – 2002. -v.58. – p.501-502.
8. *Chakravarty A.* Primary headaches associated with sexual activity--some observations in Indian patients. // Cephalalgia. – 2006. – v.26. – p.202-207.

9. *Chakravarty A.* Must all patients with headaches associated with sexual activity fulfill ICHD-2 criteria? // *Headache.* – 2007. – v.47. – p.436-446.
10. *Delasobera B.E., Osborn S.R., Davis J.E.* Thunderclap Headache with Orgasm: A Case of Basilar Artery Dissection Associated with Sexual Intercourse.// *J Emerg Med.* – 2009. – in print.
11. *Evans R.W., Moore K.L.* Sexual intercourse followed by headache and transient monocular visual loss. // *Headache.* – 2008. – v.48. – p.616-620.
12. *Evers S., Peikert A., Frese A.* Sexual headache in young adolescence: a case report. // *Headache.* – 2009. – v.49. – p.1234-1235.
13. *Frese A., Eikermann A., Frese K., et al.* Headache associated with sexual activity: demography, clinical features, and comorbidity. // *Neurology.* – 2003. – v.23. – p.796-800.
14. *Frese A., Frese K., Ringelstein E.B., et al.* Cognitive processing in headache associated with sexual activity. // *Cephalalgia.* – 2003. – v.23. – p.545-551.
15. *Frese A., Gantenbein A., Marziniak M., et al.* Triptans in orgasmic headache. // *Cephalalgia.* – 2006. – v.26. – p.1458-1461.
16. *Frese A., Rahmann A., Gregor N., et al.* Headache associated with sexual activity: prognosis and treatment options. // *Cephalalgia.* – 2007. – v.27. – p.1265-1270.
17. *Gotkine M., Steiner I., Biran I.* Now dear, I have a headache! Immediate improvement of cluster headaches after sexual activity. // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* – 2006. – v.77. – p.1296.
18. *Houle T.T., Dhingra L.K., Remble T.A., et al.* Not tonight, I have a headache? // *Headache.* – 2006. – v.46. – p.983-990.
19. *Ifergane G., Ben-Zion I.Z., Plakht Y., et al.* Not only headache: higher degree of sexual pain symptoms among migraine sufferers. // *J Headache Pain.* – 2008. – v.9. – p.113-117.
20. *Kapoor R., Kendall B.E., Harrison M.J.D.* Persistent segmental cerebral artery constriction in coital cephalgia. // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* – 1990. – v.53. – p.266-270.
21. *Keyrouz S., Dhar R., Axelrod Y.* Call-Fleming syndrome and orgasmic cephalgia. // *Headache.* – 2008. – v.48. – p.967-971.
22. *Lance J.W.* Headaches occurring during sexual intercourse. // *Proc Aust Assoc Neurol.* 1974. – v.11. – p.57-60.
23. *Levy R.L.* Stroke and orgasmic headache. // *Headache.* -1981. – v.21. – p.12-13.

24. *Locksley H.B.* Natural history of subarachnoid hemorrhage, intracranial aneurysms and arteriovenous malformations. In: *Sahs AL, et al, eds. Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage. Philadelphia, PA: Lippincott; 1969:37-57.*
25. *Lundberg P.O, Ostermann P.O.* The benign and malignant forms of orgasmic cephalalgia. // *Headache.* – 1974. – v.14. – p.164-165.
26. *Martin E.A.* Headache during sexual intercourse (coital cephalalgia).// *Ir J Med Sci.* – 1974. – v.143. – p.342–345.
27. *Newman L.C.* Classification and diagnosis of trigeminal autonomic cephalalgias and other primary headaches. In: *Levin M. et al, eds. Comprehensive review of headache medicine. New York., Oxford University Press- 2008. – p.91-112.*
28. *Pascual J., González-Mandly A., Martín R., et al.* Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study. // *J Headache Pain.* – 2008. – v.5. – p.259-266.
29. *Paulson G.W., Klawans H.L.* Benign orgasmic cephalgia. // *Headache.* – 1974. – v.13. – p.181-187.
30. *Rasmussen BK, Olesen J.* Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. // *Neurology.* – 1992. – v.42. – p.1225-1231.
31. *Selekler M., Kutlu A., Dundar G.* Orgasmic headache responsive to greater occipital nerve blockade. // *Headache.* – 2009. – v.49. – p.130-147.