

А.Н. Баринов

Клиника боли Марфо-Мариинского медицинского центра, Москва

Диагностика и лечение цервикогенной головной боли

CERVICOGENIC HEADACHE: DIAGNOSIS AND TREATMENT

A.N. Barinov

Pain Clinic, Marfo-Mariinsky Medical Center, Moscow

Headache is one of the most frequent reasons for patients to seek medical advice, it occurs in 25—40% of the population. It is stated that cervicogenic headache is referred to as secondary headache the cause of which is cervical spine dysfunction. The author presents the diagnostic criteria for cervicogenic headache, proposed by the International Headache Society, and the symptoms of headache, which indicate the presence of a serious, life-threatening disease in a patient. Current approaches to treating cervicogenic headache are described.

Key words: cervicogenic headache, diagnosis, treatment.

Aleksey Nikolayevich Barinov: mmom-mc@mail.ru

Головная боль — одна из наиболее частых причин обращения к врачам, особенно в неврологической практике, — встречается у 25—40% населения. Головная боль является не только медицинской, но и социальной проблемой — ее влияние на качество жизни пациентов зависит от частоты и длительности приступов, их последствий в виде эмоциональных переживаний, снижения интеллектуальной и физической работоспособности, изменения взаимоотношений с членами семьи и окружающими. Головная боль занимает 3-е место среди неврологических заболеваний по материальным затратам после деменций и нарушений мозгового кровообращения.

Выделяют *первичную головную боль*, когда боль и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины (мигрень, кластерная головная боль, головная боль напряжения), представляя самостоятельную нозологическую форму, и *вторичную головную боль*, обусловленную основным заболеванием — воспалительным процессом, нарушением обмена веществ, опухолью и др. Цервикогенные головные боли относятся ко вторичным — ведь их первопричиной является дисфункция шейного отдела позвоночника. Распространенность цервикогенных головных болей сопоставима с распространенностью мигрени — около 5% популяции страдают этим видом головной боли.

Различные типы головной боли имеют в своей основе одинаковые патофизиологические механизмы и возникают при раздражении болевых рецепторов, которые находятся в отдельных участках твердой мозговой оболочки, артериях основания мозга и внечерепных артериях, тканях, покрывающих череп. Головная боль может возникать при раздражении тройничного, языкоглоточного, блуждающего нервов и 3 верхних спинномозговых корешков.

Основой периферического отдела ноцицептивной системы, отвечающей за болевую чувствительность головы, служит чувствительное ядро тройничного нерва, которое образует тригеминальную систему, состоящую из тригемино-вазодилаторной и тригемино-цервикальной частей.

Тригемино-вазодилаторный комплекс (рис. 1) включает в себя ядро спинномозгового пути тройничного нерва и нервные волокна, выполняющие функцию как вазодилаторов, так и вазоконстрикторов. Их воздействие на сосудистую стенку реализуется с помощью нейромедиато-

ров и нейропептидов. В тригемино-цервикальном комплексе (рис. 2) происходит переключение болевой импульсации от нейронов первых 3 шейных сегментов (C_{1-III}) через вставочные нейроны на ядро спинномозгового пути тройничного нерва (анатомически оно простирается до сегментов C_{III-IV} спинного мозга). В патогенезе цервикогенной головной боли играет роль связь ядра тройничного нерва с шейными сегментами. Таким образом, патологические изменения в любой структуре, иннервируемой верхними шейными спинальными нервами, могут быть источниками головной боли.

Международной ассоциацией по изучению головной боли предложены следующие диагностические критерии цервикогенной головной боли:

- наличие клинических, лабораторных и/или рентгенологических признаков нарушения состояния шейного отдела позвоночника или мягких тканей шеи, которые могут вызывать головную боль;
- наличие клинических признаков связи головной боли с анатомическими образованиями шейного отдела или регресс головной боли после диагностической блокады шейных структур;
- исчезновение головной боли не менее чем на 3 мес после успешного лечения.

Цервикогенную головную боль можно диагностировать при клиническом обследовании. Большое значение имеет тщательный анализ жалоб пациента и сбор анамнеза. Важно выяснить, как долго беспокоит головная боль, ее временные характеристики (постоянна или возникает периодически), частоту возникновения и продолжительность. Необходимо уточнить локализацию боли, ее распространение, вовлечение одной или обеих половин головы, характер (пульсирующий, сдавливающий, распирающий или тупой) и интенсивность (легкая, средняя или выраженная), возникает или усиливается она в определенное время суток (ночью, утром, днем или вечером). Выяснить, появляются ли при головной боли тошнота, рвота, фотофобия (светобоязнь) и фонофобия (звукобоязнь), слезотечение, ринорея, заложенность носа, покраснение глаза, сужение глазной щели или иные сопутствующие нарушения. Какие факторы вызывают или усиливают боль, а какие — облегчают. Необходимо уточнить, какие препараты принимает пациент и

какова их эффективность. Предшествуют ли приступу головной боли изменение зрения, онемение или слабость в конечностях, изменение эмоционального состояния (тревога, раздражительность, депрессия) или другие нарушения. Похожи или отличаются друг от друга приступы головной боли. Важно всегда помнить о признаках серьезной патологии, на которые могут указывать отдельные симптомы головной боли.

Цервикогенная головная боль может имитировать любой тип головной боли, быть одно- или двусторонней, сопровождаться симптомами, типичными для мигрени (тошнота, рвота, фото- и фонофобия), и даже симптомами, характерными для головных болей с вегетативным сопровождением (птоз, миоз, ринорея, слезотечение, инъекция склер). Но главным отличительным признаком цервикогенной головной боли является провокация или купирование приступа движениями в шее, пальпацией большого затылочного нерва, зоны выхода второго шейного корешка или мышц шеи (миофасциальных триггерных точек). Смена стороны боли для цервикогенной головной боли нехарактерна. Это боль носит приступообразный характер с длительностью от часов до нескольких суток с возможными колебаниями интенсивности, характерна тенденция к хронизации. Возникает цервикогенная головная боль, как правило, после длительного вынужденного положения головы (после дневного или ночного сна) и часто сочетается с болями в руке или плече с той же стороны.

При обострении цефалгического синдрома нет необходимости в соблюдении постельного режима даже в первые дни заболевания, ношении фиксационных головдержателей и шин Шанца. Необходимо убедить пациента, что небольшая физическая нагрузка неопасна, посоветовать поддерживать повседневную активность, а при регрессе болевого синдрома как можно скорее приступить к работе. Лекарственная терапия цервикогенной головной боли включает в себя применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВП) и миорелаксантов (баклосан 10—30 мг/сут, тизанидин 4—12 мг/сут, флупиртин 300—600 мг/сут). Эффективна последовательная схема использования Кеторола (кеторолака) и Найза (нимесулида). Кеторол в зависимости от интенсивности болевого синдрома назначают не более 5 дней в виде внутримышечных инъекций в дозе 90 мг/сут или в таблетированной форме 40 мг/сут с дальнейшим переходом на Найз 200 мг/сут в течение 7—14 дней. Использование Кеторола, одного из самых мощных ненаркотических анальгетиков, позволяет быстро и эффективно купировать болевой синдром, а поддерживающая терапия Найзом, селективным ингибитором ЦОГ 2, — избежать развития язвенных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, характерных для применения НПВП.

В случае хронических цервикогенных головных болей целесообразно добавление антидепрессантов (трициклических антидепрессантов — ТЦА — амитриптилина 25—75 мг/сут или селективных ингибиторов обратного за-

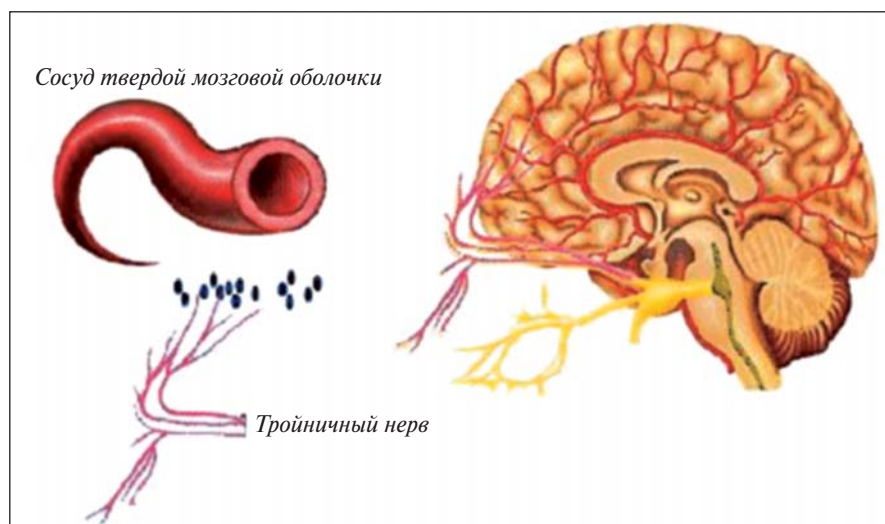


Рис. 1. Тригемино-вазкулярный комплекс

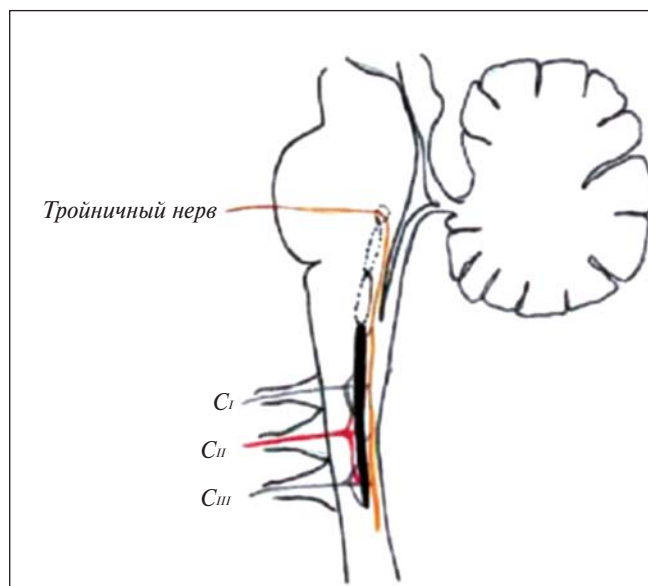


Рис. 2. Тригемино-цервикальный комплекс

хвата серотонина и норадреналина — СИОЗСиН — венлафаксина или дулоксетина, которые лишены побочных явлений, характерных для ТЦА).

Положительный эффект при цервикогенных головных болях отмечается также при массаже шейно-воротниковой зоны и волосистой части головы, постизометрической релаксации мышц шейного отдела позвоночника. Эффективны блокады с местными анестетиками (0,5% раствор новокаина или лидокаина) и глюкокортикоидами (дексаметазон, гидрокортизон, дипроспан) миофасциальных триггерных точек в перикраниальной и цервикальной мускулатуре. В некоторых случаях релаксация перикраниальных мышц и восстановление микроциркуляции в миофасциальных триггерных зонах паравертебральной цервикальной мускулатуры могут быть достигнуты без медикаментозного воздействия при применении ударно-волновой терапии.

Хороший эффект при лечении цервикогенной головной боли получен при мягких техниках мануальной терапии,

причем большую эффективность отмечают в случае сочетания ее с тракцией шейного отдела после манипуляции. Отмечается регресс не только боли, но и сопутствующих симптомов (фото-, фонофобия, тошнота, головокружение и др.). В затыжных и упорных случаях после мануальной терапии используют специальные упражнения. Особенно хорошо при реабилитации пациентов с цервикогенной головной болью в нашем медицинском центре зарекомендовал себя комплекс тренажеров с программным обеспечением «David Back Concept», специализированный для шейного отдела позвоночника, с помощью которого проводятся диагностика (измеряется сила глубоких мелких мышц и подвижность отделов позвоночника) и тренировка с биологической обратной связью по строго индивидуальной программе с гарантированным получением конечного результата (устранение мышечных дисбалансов, увеличение силы и «вработываемости» мышц, а это — «запас прочности» на случай стрессовых нагрузок). Указанные методики позволяют восстановить нормальную биомеханику движения в позвоночных двигательных сегментах и кранио-вертебральном переходе.

Возможно хирургическое лечение цервикогенных головных болей путем неврелиза большого затылочного нерва и декомпрессии корешка C₁ и ганглия его сенсорной вет-

Симптомы головной боли, указывающие на наличие у пациента серьезного, угрожающего жизни заболевания

- Любая внезапно возникшая головная боль с пиком интенсивности в несколько минут
- Любая впервые возникшая головная боль, отличающаяся от прежней, существовавшей у пациента
- Неуклонно нарастающая головная, лицевая боль или боль в шее
- Головная боль, сопровождающаяся лихорадкой или другими системными проявлениями
- Головная боль, сочетающаяся с очаговым неврологическим дефицитом (впервые возникшим)
- Увеличение интенсивности головной боли при пробе Вальсальвы (при кашле, чиханье, наклоне головы)
- Возникновение головной боли в возрасте старше 50 лет

ви, что дает положительный результат примерно в 90% случаев. Имеются данные об эффективности радиочастотной денервации синувентрального нерва, корешков C₁–IV и фасеточных суставов.

Поведенческая и когнитивно-поведенческая психотерапия помогает скорректировать неправильные, препятствующие выздоровлению, представления пациента о природе своего заболевания, изменить социальное подкрепление болевого поведения, уменьшить зависимость от анальгетической терапии и увеличить уровень повседневной активности.

А.Е. Каратеев

НИИ ревматологии РАМН, Москва

Возможность применения нимесулида при неспецифической боли в нижней части спины

THE POSSIBILITY OF USING NIMESULIDE IN NONSPECIFIC LOW BACK PAIN

A.E. Karateev

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Nimesulide is an effective drug that may be successfully used to relieve both acute and chronic low back pain. The short- and long-term use of nimesulide is shown to be unassociated with an extremely high risk for class-specific cardiovascular events. The frequency of gastrointestinal complications, such as dyspepsia and ulcers of the upper gastrointestinal tract, due to the use of this drug is lower than that when conventional nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) are administered. The long-term use of nimesulide has been ascertained to be unassociated with the drastic increase in the rate of dangerous hepatotoxic reactions and their frequency does not differ from the total indices of hepatic complications that are characteristic for NSAID as whole.

Key words: low back pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, nimesulide.

Andrei Evgeniyevich Karateev: aekarateev@rambler.ru

Одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью и назначения лекарственной терапии в мире является неспецифическая боль в нижней части спины (БНЧС) [1–3]. Эта патология всегда требует проведения активного лечения, даже если она носит «функциональный» характер (таких случаев, к счастью, подавляющее большинство) и не связана с серьезным органическим заболеванием

или травмой. По современным представлениям, боль не только вызывает страдания и ухудшает качество жизни, она серьезно влияет на жизненный прогноз. Поэтому разработка адекватных методов анальгетической терапии является в настоящее время принципиальной задачей для всего врачебного сообщества. Хроническая боль — важнейшая причина потери трудоспособности и социальной активности, а необ-