

Чечет Е.А., Исайкин А.И.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Москва, Россия,
119021, Москва, Россолимо, 11

Ведение пациентов с головной болью и цервикалгией в амбулаторной практике

Ведение пациентов с головной болью (ГБ, цефалгия) в сочетании с болью в шее (цервикалгия) остается актуальной проблемой современной медицины. Сопутствующая цервикалгия при цефалгии существенно снижает качество жизни таких пациентов и встречается более чем у половины пациентов. Цервикалгию рассматривают в качестве фактора риска приступов мигрени и головной боли напряжения (ГБН). К одной из наиболее частых форм вторичных цефалгий относят цервикогенную головную боль (ЦГБ). Показано, что для больных с ежедневной ГБ характерна функциональная недостаточность антиноцицептивной системы, играющей важную роль в поддержании и хронизации боли в шее. Нередко диагностика различных цефалгических синдромов и определение причин цервикалгии вызывают затруднения у врача, до сих пор высока частота ошибочных диагнозов, а, соответственно, и неадекватного лечения. Выявление у пациента с цефалгией различных коморбидных нарушений, в том числе цервикалгии, позволяет назначить эффективное лечение и добиться хороших результатов.

Ключевые слова: цервикалгия; боль в шее; головная боль напряжения; мигрень; первичная головная боль; вторичная головная боль; цервикогенная головная боль; диагностика; лечение.

Контакты: Алексей Иванович Исайкин; alexisa68@mail.ru

Для ссылки: Чечет ЕА, Исайкин АИ. Ведение пациентов с головной болью и цервикалгией в амбулаторной практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(4):71–77.

Management of patients with headache and cervicgia in outpatient practice

Chechet E.A., Isaikin A.I.

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Moscow 119021*

The management of patients with headache (cephalgia) concurrent with neck pain (cervicgia) remains an urgent problem of modern medicine. Concurrent cervicgia in cephalgia substantially lowers quality of life in these patients and is encountered in more than half the patients. Cervicgia is considered as a risk factor of migraine and tension headache attacks. Cervicogenic headache is assigned to one of the most common forms of secondary cephalgias. It is shown that patients with daily headache have functional insufficiency of the antinociceptive system that plays an important role in the maintenance and chronization of neck pain. The diagnosis of different cephalgic syndromes and the identification of causes of cervicgia commonly raise problems in a physician; the rate of misdiagnoses and hence inadequate treatment has been high so far. The detection of various comorbid conditions, including cervicgia, in a patient with cephalgia makes it possible to use effective treatment and to achieve good results.

Keywords: cervicgia; neck pain; tension headache; migraine; primary headache; secondary headache; cervicogenic headache; diagnosis; treatment.

Contact: Aleksei Ivanovich Isaikin; alexisa68@mail.ru

For reference: Chechet EA, Isaikin AI. Management of patients with headache and cervicgia in outpatient practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2015;7(4):71–77.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2015-4-71-77>

Одно из ведущих мест среди причин обращаемости в амбулаторной практике занимает головная боль (ГБ), или цефалгия. По данным исследования глобального бремени болезней 2013 г., цефалгия занимает ведущее положение в структуре самых частых причин нетрудоспособности [1].

В Международной классификации расстройств, сопровождающихся ГБ (МКГБ-3 бета, 2013), представлена современная версия диагностических критериев различных типов цефалгии [2]. Выделяют первичную цефалгию, при

которой не удается выявить органическую причину боли, и вторичную (симптоматическую), обусловленную органическими поражениями головного мозга, других структур, расположенных в области головы и шеи, или системными заболеваниями [2].

Жалобы на боль в шее (цервикалгия) предъявляют около 60–80% страдающих ГБ [3, 4]. Цервикалгия — вторая после боли в нижней части спины причина значительного социально-экономического ущерба для общества. Боль в шее зна-

чительно ухудшает качество жизни; после первого эпизода в 60% случаев она принимает персистирующее и рекуррентное течение [5]. У пациентов с болью в шее распространенность эпизодической ГБ в 2 раза выше, а хронической ГБ (более 15 дней в месяц) – в 4 раза выше, чем у людей без цервикалгии, и на 20–40% выше по сравнению с пациентами, имеющими скелетно-мышечную боль другой локализации [6].

Цервикалгия: эпидемиология, факторы риска и причины

Распространенность цервикалгии в популяции достигает 38%, при этом боль в шее хотя бы раз на протяжении жизни отмечалась в 71% случаев [7]. У большинства (75%) пациентов, перенесших цервикалгию, в последующие 5 лет наблюдаются повторные обострения шейной боли [8]. Цервикалгией наиболее часто страдают женщины 35–49 лет [9, 10]. У пациентов моложе 30 лет вероятность достижения ремиссии значительно выше [8].

К основным факторами риска цервикалгии относят: цефалгию, боль в спине, депрессивные и тревожные расстройства, низкую удовлетворенность условиями труда, сидячий образ жизни, неправильную организацию рабочего места, травму шейного отдела в анамнезе [10, 11]. Наиболее подвержены развитию боли в шее служащие государственных и муниципальных учреждений, офисные и медицинские работники, операторы связи [9].

Анализ первичной обращаемости к врачам показал, что чаще всего встречается неспецифическая шейная боль, которая не связана с поражением корешков спинного мозга и специфическими заболеваниями и имеет скелетно-мышечное происхождение, т. е. ее источниками могут быть мышцы, суставы и связки [12, 13]. Спровоцировать боль могут неловкое движение, локальное переохлаждение, длительная статическая нагрузка с перенапряжением мышц и блокированием фасеточных суставов на шейном уровне. Большую роль в развитии боли в шее играет поражение дугоотростчатых (фасеточных) суставов вследствие гиперфлексии, избыточной ротации или тракционного механизма воздействия, например хлыстовой травмы [12].

Специфические причины вертеброгенной цервикалгии отмечаются у 1% больных, это переломы позвоночника, инфекционные поражения позвоночника (туберкулез, дисцит), первичные и метастатические опухоли шейного отдела позвоночника, ревматоидный артрит и другие заболевания соединительной ткани. Невевертеброгенная боль может быть обусловлена заболеваниями внутренних органов, например стенокардией, эзофагитом, тиреоидитом. Боль в шее отмечается при фибромиалгии [12, 13].

При неспецифической цервикалгии пациенты, как правило, жалуются на слабую или умеренную боль в шее, усиливающуюся при движении или в определенном положении. Объем движений в шейном отделе позвоночника нередко ограничен. При распространении боли на плечо и руку используется термин «цервикобрахиалгия», в случае иррадиации боли в область головы – «цервикокраниалгия».

Первичная ГБ и боль в шее

Первичная ГБ занимает 1-е место по распространенности (до 95%) среди всех форм цефалгии [14]. Наиболее частые формы первичной ГБ – мигрень и головная боль напряжения (ГБН). ГБН, как правило, двусторонняя, сжимающе-

го или давящего характера, ее интенсивность может колебаться в течение дня от легкой до умеренной. Пациенты часто описывают ГБН как чувство напряжения, стягивания вокруг головы по типу «каска» или «обруча». Для мигрени характерны эпизодические приступы пульсирующей боли средней или высокой интенсивности в одной половине головы. Типичны усиление ГБ при физической активности, а также наличие таких симптомов, как тошнота, рвота, непереносимость света (фотофобия), звука (фонофобия) во время приступа. У пациентов с мигренью отмечается повышенная чувствительность к различным внешним и внутренним факторам (триггерам), провоцирующим развитие приступа ГБ, среди которых изменение погоды, нарушение режима сна и отдыха, нерегулярное питание, прием алкоголя, гормональные изменения у женщин, эмоциональный стресс и др. [14].

Наряду с жалобами на приступы ГБ у пациентов с мигренью и ГБН нередко отмечаются разнообразные коморбидные нарушения, в первую очередь дисфункция перикраниальных мышц (ДПМ) и цервикалгия. Термином «дисфункция перикраниальных мышц» обозначают болезненность и напряжение мышц области шеи и головы [15, 16]. При тщательном сборе анамнеза подобные жалобы встречаются у большинства пациентов с ГБН; боль в шее нарастает по мере увеличения интенсивности, частоты ГБ и ее силы во время приступа [15, 16]. Также у многих (до 67%) больных мигренью выявляются ДПМ, напряжение и болезненность мышц шеи и надплечий; это служит постоянным источником дискомфорта и боли, создавая предпосылки для более тяжелого течения межприступного периода, высокой частоты сопутствующих эпизодов ГБН и более высоких показателей тревоги и депрессии [14]. Во время приступа мигрени до 40% пациентов испытывают боль в области затылка и/или шеи [17]. При этом независимо от интенсивности ГБ данные жалобы встречаются чаще, чем жалобы на тошноту, и могут предшествовать мигренозной атаке или отмечаться в ее начале, сопутствовать приступу или возникать после него [18, 19]. Некоторые авторы предполагают, что боль в шее неразрывно связана с этим видом цефалгии и не должна рассматриваться только как сопутствующее состояние или коморбидное нарушение. При хронической цервикалгии во время мигренозного приступа пациентов часто беспокоит усиление боли в шее. Было показано, что напряжение мышц шеи способствует сокращению интервала между мигренозными атаками и повышению риска хронизации ГБ [20]. Обнаружена прямая корреляция между болью в шее и частотой приступов мигрени, а также их продолжительностью [21]. При этом степень ограничения объема движений в шейном отделе позвоночника не имела такой связи [22]. Хроническая мигрень чаще, чем эпизодическая, ассоциируется с цервикалгией. Наличие шейной боли может быть одним из факторов неэффективности лечения и служит предиктором инвалидности, не зависящим от частоты и тяжести мигрени [23]. Показано, что у пациентов с мигренью мышцы области шеи (грудино-ключично-сосцевидная и затылочная, верхняя порция трапецевидной мышцы) характеризуются более низким порогом боли от давления. Боль в шее также рассматривают в качестве основного фактора риска мигрени и ГБН [24].

Более редкие варианты первичной ГБ – кластерная (пучковая) ГБ, пароксизмальная гемикрания и гемикрания континуа – также могут сопровождаться болью в шее. Для

пучковой ГБ характерна высокоинтенсивная мучительная боль в одной половине головы, включая затылочную область, в виде серии приступов, длительностью 15–180 мин (от 1 до 8 раз в сутки) с сопутствующими автономными симптомами (покраснение конъюнктивы, слезотечение, насморк, заложенность носа, ринорея, отечность века, миоз, птоз) на болевой стороне в сочетании с двигательным беспокойством и ажитацией. При этом у 10% пациентов приступ начинается с ипсилатеральной боли в шее [25]. При пароксизмальной гемикрании характер боли и сопутствующие симптомы аналогичны таковым при пучковой ГБ, но атаки более кратковременные (не более 30 мин) и отмечаются до 40 раз в течение суток. Механические факторы, такие как поворот и сгибание головы, давление на остистые отростки C_{IV-V} или место выхода большого затылочного нерва могут спровоцировать приступ пароксизмальной гемикрании [26, 27]. Гемикрания континуа, характеризующаяся строго односторонней ежедневной ГБ в лобно-височно-орбитальной области, также может сопровождаться ипсилатеральной болью в шее, при этом механические факторы не влияют на паттерн ГБ [28]. Стоит отметить, что пароксизмальная гемикрания и гемикрания континуа относятся к группе цефалгий, чувствительных к терапии индометацином, что служит важным дифференциальным признаком [14].

Вторичная ГБ и боль в шее

Цервикогенная головная боль (ЦГБ) — одна из наиболее частых форм вторичных цефалгий. Она представляет собой ГБ, ощущаемую в области иннервации первой и/или второй ветвей тройничного нерва, и, как правило, сопровождается болью в шее. Источником ГБ в данном случае выступает патология в области цервикальных структур: верхних шейных синовиальных суставов (атлантоокипитальных, латеральных атлантоаксиальных, дугоотростчатых C_{II-III}), связок, сухожилий, C_{II/III} межпозвоночного диска, мышц (субокипитальной, нижней задней шейной, нижней превертебральной шейной, трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной) [29]. Боль чаще начинается в шее или затылочной области и ипсилатерально иррадирует в лобно-глазничную и височную области [28]. Характер и интенсивность ГБ, частота и продолжительность приступов переменны и непатогномоничны для данного заболевания [30, 31]. Возможны выраженные тошнота, рвота, фото- и фонофобия. При дифференциальной диагностике с мигренью следует учитывать, что для ЦГБ смена стороны локализации боли нехарактерна, при этом всегда вовлечена одна половина головы, а распространение боли, как правило, «сзади наперед»: от затылочной к лобно-височной области [32, 33]. ГБ наиболее часто провоцируется механическими факторами: локальным давлением в шейно-затылочной области на симптоматической стороне, движением в шейном отделе позвоночника или длительным вынужденным (нефизиологическим) положением головы. Латентный период между возникновением ГБ и провоцирующим его фактором составляет не более 30 мин [31]. Качество жизни больного ЦГБ снижается не только из-за ГБ, но и из-за уменьшения объема движений в шейном отделе. Нередко ЦГБ предшествует первичная ГБ [30].

В анамнезе у пациентов с ЦГБ отмечаются случаи травматических повреждений, среди которых 1-е место занимает хлыстовая травма [34]. Между тем любая травма

шеи, в том числе хлыстовая, не всегда сопровождается стойкой ГБ [5]. При наблюдении за 222 пациентами с ГБ после хлыстовой травмы в течение 6 мес ЦГБ выявлена только в 3% случаев [35].

В МКГБ-3 бета в качестве причин ЦГБ рассматриваются такие заболевания, как шейный спондилез, остеохондроз, опухоли, переломы, инфекционные поражения, патология шейного отдела позвоночника при ревматоидном артрите, однако до сих пор они не считаются установленными причинами ГБ [2]. Важно отметить, что большинство заболеваний шейного отдела позвоночника бессимптомны, либо характеризуется болью в шее без распространения в область головы.

В случае, когда ГБ вызвана миофасциальным шейным синдромом или шейной радикулопатией, возможно установление альтернативных диагнозов, представленных в приложении к МКГБ-3 бета: «головная боль, вызванная шейной миофасциальной болью», «головная боль, вызванная поражением верхних шейных корешков» (A11.2.5 и A11.2.4 соответственно) [2]. Связь шейной радикулопатии с ГБ обнаружена в 10% случаев [36].

При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) нередко коморбидным нарушением является патология шейного отдела позвоночника [28]. Также обнаружена прямая корреляция между болью в области ВНЧС и болью в шее [37]. Лицевая боль и ГБ на стороне дисфункции ВНЧС отмечаются у 10% больных [28], поэтому в случае сопутствующей цервикалгии возможны диагностические ошибки.

Анатомо-функциональная связь ГБ и цервикалгии

Напряжение и болезненность перикраниальных и шейных мышц могут быть обусловлены рефлекторным напряжением, в основе которого лежит механизм «порочного круга» [16]. На фоне эмоционального стресса рефлекторно возникает напряжение мышц, которое в свою очередь ведет к возбуждению ноцицептивных нейронов в структурах ЦНС, в том числе мотонейронах передних рогов спинного мозга. Постоянная интенсивная ноцицептивная афферентация за счет тонического мышечного напряжения способствует развитию центральной сенситизации и «растормативанию» гамма-мотонейронов, вследствие чего возникает стойкий спазм шейных мышц [15]. Недостаточность ингибиторных влияний ствола, контролирующего расслабление мышц, также играет несомненную роль в поддержании мышечно-тонического синдрома [16]. Данный механизм наиболее отчетливо прослеживается при ГБН.

В патогенезе ГБ важную роль играет чувствительное ядро тройничного нерва. Оно служит основой периферического отдела ноцицептивной системы и отвечает за болевую чувствительность головы, образуя две системы: тригемино-васкулярную и тригемино-цервикальную. В качестве ведущей причины возникновения мигрени рассматривается центральная сенситизация тригемино-васкулярной системы в сочетании с распространяющейся корковой депрессией и недостаточностью нисходящих модулирующих влияний антиноцицептивной системы [29]. Для больных с ежедневной ГБН также характерна функциональная недостаточность антиноцицептивной системы, приводящая к постепенной сенситизации ядра тройничного нерва [38, 39].

В то же время связь тригеминальных и цервикальных структур осуществляется за счет тригемино-цервикального комплекса, благодаря переключению болевой импульсации с нейронов первых трех шейных сегментов (С_{1-III}) на ядро спинномозгового пути тройничного нерва. За счет этой анатомо-функциональной особенности патологические изменения в любой структуре, иннервируемой верхними шейными спинальными нервами (атлантаокипитальное сочленение, латеральные атлантаксиальные суставы, С_{II-III}, С_{III-IV} дугоотростчатые, или фасеточные, суставы, С_{II-III} межпозвоночный диск, шейные мышцы и сухожилия, корешки и нервы), могут быть источниками ГБ [40–42]. Этот механизм рассматривают при ЦГБ.

Обследование пациентов с цефалгией и болью в шее

Многие неврологи и большинство терапевтов в нашей стране испытывают трудности при диагностике и лечении ГБ, несмотря на имеющиеся четкие диагностические критерии в МКГБ-3 бета. До сих пор пациентам с ГБ ошибочно ставят такие шаблонные диагнозы, как «дисциркуляторная энцефалопатия вследствие артериальной гипертензии и/или атеросклероза сосудов головного мозга», «постравматическая энцефалопатия», «вертебробазилярная недостаточность», «гипертензионно-гидроцефальный синдром», «вегетативно-сосудистая дистония», «гипоплазия позвоночной артерии», «остеохондроз шейного отдела позвоночника», «радикулопатия»; сохраняется тенденция к гипердиагностике вторичных форм цефалгии [43]. Наиболее часто подобные диагнозы устанавливают пациентам с хронической ГБ и болью в шее [44]. В основе ошибочной оценки лежат неправильные представления о причинах и патогенезе цефалгии и цервикалгии. К сожалению, не только пациенты, но и многие врачи разделяют точку зрения, что повышение артериального давления (АД), сосудистая патология головного мозга, сужение позвоночных артерий, остеохондроз шейного отдела позвоночника – причина ГБ. Также врачи часто не принимают во внимание эмоциональные нарушения (депрессивные, тревожные расстройства, нарушения сна), приводящие к хронизации цефалгии и персистированию боли в шее [14].

Диагностика первичной цефалгии (в первую очередь ГБН и мигрени) исключительно клиническая, т. е. базируется на анализе жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, проведение дополнительных исследований не требуется из-за их низкой информативности и отсутствия специфических изменений. Например, часто назначаемые врачами электроэнцефалография (ЭЭГ), ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга, рентгенография черепа, нейровизуализационные методики, консультация окулиста не входят в международные алгоритмы диагностики первичной ГБ [9, 10].

Дополнительные исследования проводят только при подозрении на вторичные формы ГБ, ее нетипичном течении, наличии «красных флажков» – сигналов опасности [45]. Если у больного имеются такие симптомы прежде всего рекомендовано проведение компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии.

«Красные флажки» при ГБ [45]:

- внезапное возникновение новой, необычной для пациента высокоинтенсивной ГБ;

- прогрессивно нарастающая ГБ;
- появление или усиление ГБ при физической нагрузке, половом акте, кашле, чихании, натуживании (эквиваленты пробы Вальсальвы);
- появление ГБ в возрасте старше 50 лет;
- впервые появившаяся ГБ у пациента с онкологическим заболеванием;
- присутствие очаговых неврологических знаков или симптомов системного заболевания (нарушения движения, нарушения сознания, судорожные приступы и т. д., лихорадка, сыпь, артралгии, миалгии).

При наличии сопутствующей боли в шее следует провести пальпацию мышц: грудинно-ключично-сосцевидных, нижних косых, ременных и трапециевидных. Наличие болезненности в двух или более мышечных группах рассматривается как «шейный мышечно-тонический синдром» [14]. Оценку качества жизни при боли в шее следует проводить с помощью высокочувствительного опросника – индекса ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее (The Neck Disability Index) [46]. Неврологическое и невроортопедическое обследование позволяет исключить поражение корешков и спинного мозга, предположить источник боли с помощью оценки состояния мышц и связок, конфигурации позвоночника, ограничения объема движений в пораженных сегментах, воспроизведения типичного болевого паттерна [47]. В случае травм шейного отдела позвоночника в анамнезе, при подозрения на специфические причины цервикалгии, а также неэффективности лечения показаны дополнительные методы обследования [48]. Стоит учитывать, что дегенеративно-дистрофические изменения и спондилоартроз, выявленные при рентгенографии, не исключают наличия других причин цервикалгии, так как обнаруживаются у большинства пациентов и без боли в шее. Рентгенография шейного отдела позвоночника рекомендована для исключения переломов позвонков, воспалительных изменений (спондилитов), остеопороза, первичных и метастатических опухолей и других изменений. При травме шеи в анамнезе и выявлении при объективном осмотре патологической подвижности позвонков необходимо провести рентгенографию с функциональными пробами (в положении максимального сгибания и разгибания головы) [47]. КТ и МРТ шейного отдела позвоночника показана при выявлении симптомов поражения корешков или спинного мозга. Тем не менее врачи нередко назначают нейровизуализационные исследования без конкретных показаний, что в конечном счете приводит к ухудшению состояния пациента из-за неадекватной оценки тяжести заболевания и лечения «межпозвоночной грыжи» вместо скелетно-мышечной патологии.

Лечение пациентов с цефалгией и болью в шее

Одно из наиболее эффективных направлений лечения пациентов с хронической цефалгией и шейным болевым синдромом – мультидисциплинарный и мультимодальный подход [49, 50]. Он включает в себя когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), лечебную физкультуру (ЛФК), мануальную терапию, постизометрическую релаксацию (ПИР), другие методы релаксации, различные образовательные программы для пациентов (брошюры и видеofilмы о ГБ и боли в шее с рекомендациями), оптимизацию лекарственной терапии.

КПТ основывается на выявлении ложных представлений о ГБ и цервикалгии, разъяснении механизмов формирования и хронизации болевого синдрома, коррекции дезадаптивных стратегий преодоления боли (например, катастрофизации) [14].

ЛФК — один из основных и действенных методов профилактики хронизации ГБ и лечения боли в шее. В настоящее время имеются убедительные данные о преимуществе любых физических упражнений: динамических (изотонических), статических (изометрических), дыхательных, упражнений на растяжение и расслабление мышц верхнего плечевого пояса, включая глубокие мышцы шеи [50].

Лечение цефалгии проводится в соответствии с рекомендациями Европейской федерации. Пациентам с эпизодической ГБН (1–2 приступа в неделю) и мигренью (1–2 приступа в месяц) показан прием анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Эффективно и безопасно применение таких НПВП, как ибупрофен, нимесулид, кеторолак и др. [51–55].

В качестве купирующей терапии при мигрени в случае тяжелых, интенсивных и дезадаптирующих приступов может быть рассмотрено назначение триптанов и эрготоминсодержащих препаратов. При частоте ГБН более 2 раз в неделю либо при большой частоте мигренозных атак (3 и более в месяц или 2 тяжелые продолжительные атаки с выраженной дезадаптацией) показано профилактическое лечение. Эффективны трициклические антидепрессанты (ТЦА), среди которых наиболее изучен amitриптилин. Для профилактического лечения мигрени используют бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и антиконвульсанты [14]. Подбор конкретного лекарственного средства должен осуществляться для каждого пациента индивидуально, с учетом эмоциональных и коморбидных нарушений. Могут быть эффективны ботулинотерапия и биологическая обратная связь [5, 56].

Большое значение имеет лечение шейного болевого синдрома, который в свою очередь может осложнять течение первичной ГБ. Пациентам с мышечно-тоническим шейным синдромом и ЦГБ следует рекомендовать миорелак-

санты изолированно или в комбинации с НПВП. Учитывая механизм формирования мышечного напряжения, предпочтение следует отдать миорелаксантам центрального действия.

Эффективность мануальной терапии, иглорефлексотерапии и различных методов физиотерапии в качестве самостоятельных методов лечения не доказана, но они могут быть использованы в рамках мультимодального подхода [49].

Учитывая наличие других коморбидных нарушений возможно назначение ТЦА, нейролептиков и других психотропных препаратов, но в отношении боли в шее данные о их эффективности немногочисленны и противоречивы.

Также нет доказательств эффективности введения лекарственных средств в дугоотростчатые суставы, мышцы, эпидуральное пространство у пациентов с цервикалгией, но в случае ЦГБ может отмечаться значительный эффект [57].

Хирургическое лечение боли в шее (фиксационные методики, удаление грыжи диска) обсуждается, если консервативные методы терапии в течение как минимум 2 лет не дали результата, а также при ЦГБ (невролиз большого затылочного нерва, декомпрессия корешка C_{II} и ганглия его сенсорной ветви, радиочастотная денервация синувертбрального нерва, корешка C_{II-IV} , фасеточных суставов).

Таким образом, пациенты с различными формами цефалгии часто предъявляют жалобы на боль в шее. В свою очередь, цервикалгия может быть симптомом ГБ, сопутствующим заболеванием или коморбидным нарушением, она служит основным фактором риска первичной ГБ. Частое сочетание цефалгии и шейной боли вероятнее всего обусловлено тесной анатомо-функциональной связью тригеминальных и цервикальных структур тригемино-цервикального комплекса. Мультидисциплинарный подход — наиболее эффективное направление терапии пациентов с хронической цефалгией и цервикалгией. Пациентам с ГБ в сочетании с болью в шее следует избегать длительных статических или чрезмерных нагрузок, переохлаждения. Особое внимание должно уделяться ЛФК и обучению пациента основам ПИР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):743–800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4. Epub 2015 Jun 7.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9):629–808. doi: 10.1177/0333102413485658.
3. Nilsson N. The prevalence of cervicogenic headache in a random population sample of 20–59 year olds. *Spine* (Phila Pa 1976). 1995 Sep 1;20(17):1884–8.
4. Leone M, D'Amigo D, Grazzi L, et al. Cervicogenic headache: a critical review of current diagnostic criteria. *Pain*. 1998 Oct;78(1):1–5.
5. Табеева ГР. Цервикалгии, цервикокраниалгии и цервикогенные головные боли. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;6(2):90–6. [Tabeeva GR. Cervicalgia, cervicocranialgia, and cervicogenic headache. *Nevrologiya, neuropsikhiatriya, psichosomatika*. 2014;6(2):90–6. (In Russ.).] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-90-96>
6. Hagen K, Einarsen C, Zwart J, et al. The occurrence of headache and musculoskeletal symptoms among 51050 adults in Norway. *Eur J Neurol*. 2002 Sep;9(5):527–33.
7. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *Eur Spine J*. 2006 Jun;15(6):834–48. Epub 2005 Jul 6.
8. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009 Feb;32(2 Suppl):S87–96. doi: 10.1016/j.jmpt.2008.11.013.
9. Hoy DG, Protani M, De R. The epidemiology of neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Dec;24(6):783–92. doi: 10.1016/j.berh.2011.01.019.
10. Croft PR, Lewis M, Papageorgiou AC, et al. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain*. 2001 Sep;93(3):317–25.
11. Binder AI. Neck pain. *BMJ Clin Evid*. 2008 Aug 4;2008. pii:1103.
12. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 368 с. [Podchufarova EV, Yakhno NN. *Bol' v spine*

- [Back pain]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 368 p.]
13. Яхно НН, Кукушкин МЛ. Боль (практическое руководство для врачей). Москва: Издательство РАМН; 2012. 512 с. [Yakhno NN, Kukushkin ML. *Bol' (prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei)* [Pain (practical guide for physicians)]. Moscow: Izdatel'stvo RAMN; 2012. 512 p.]
 14. Осипова ВВ, Табеева ГР. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство. Москва: МИА; 2014. 336 с. [Osipova VV, Tabeeva GR. *Pervichnye golovnye boli: diagnostika, klinika, terapiya. Prakticheskoe rukovodstvo* [Primary headaches: diagnosis, clinic, therapy. A practical guide]. Moscow: MIA; 2014. 336 p.]
 15. Осипова ВВ. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;2(4):29-36. [Osipova VV. Pericranial muscle dysfunction in primary headache and its correction. *Neurologiya, neuropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(4):29-36. (In Russ.).] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2010-113>
 16. Осипова ВВ, Вознесенская ТГ. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007;107(3):64-73. [Osipova VV, Voznesenskaya TG. Comorbidity of migraine: a review of literature and approaches to the study. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2007;107(3):64-73. (In Russ.).]
 17. Kelman L Migraine pain location: a tertiary care study of 1283 migraineurs. *Headache*. 2005 Sep;45(8):1038-47.
 18. Calhoun AH, Ford S, Millen C, et al. The Prevalence of Neck Pain in Migraine. *Headache*. 2010 Sep;50(8):1273-7. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01608.x. Epub 2010 Jan 18.
 19. Calhoun AH, Ford S, Pruitt AP. Presence of neck pain may delay migraine treatment. *Postgrad Med*. 2011 Mar;123(2):163-8. doi: 10.3810/pgm.2011.03.2274.
 20. Wober C, Brannath W, Schmidt K, et al. Prospective analysis of factors related to migraine attacks: The PAMINA study. *Cephalalgia*. 2007 Apr;27(4):304-14.
 21. Ford S, Calhoun A, Kahn K, et al. Predictors of Disability in Migraineurs Referred to a Tertiary Clinic: Neck Pain, Headache Characteristics, and Coping Behaviors. *Headache*. 2008 Apr;48(4):523-8. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.00859.x.
 22. Carvalho GF, Chaves TC, GonHalves MC, et al. Comparison Between Neck Pain Disability and Cervical Range of Motion in Patients With Episodic and Chronic Migraine: A Cross-Sectional Study. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014 Nov-Dec;37(9):641-6. doi: 10.1016/j.jmpt.2014.09.002. Epub 2014 Oct 3.
 23. Ford S, Calhoun A, Kahn K, et al. Predictors of disability in migraineurs referred to a tertiary clinic: neck pain, headache characteristics, and coping behaviors. *Headache*. 2008 Apr;48(4):523-8. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.00859.x.
 24. Albers L, Milde-Busch A, Bayer O. Prevention of headache in adolescents: population-attributable risk fraction for risk factors amenable to intervention. *Neuropediatrics*. 2013 Feb;44(1):40-5. doi: 10.1055/s-0032-1332742. Epub 2013 Jan 8.
 25. Solomon S, Lipton RB, Newman L. Nuchal features of cluster headache. *Headache*. 1990 May;30(6):347-9.
 26. Sjaastad O, Russell D, Saunte C, Horven I. Chronic paroxysmal hemicrania. 6. Precipitation of attacks. Further studies on the precipitation mechanisms. *Cephalalgia*. 1982 Dec;2(4):211-4.
 27. Sjaastad O, Saunte C, Graham JR. Chronic paroxysmal hemicrania. 7. Mechanical precipitation of attacks: new cases and localization of trigger points. *Cephalalgia*. 1984 Jun;4(2):113-8.
 28. Vincent MB. Headache and Neck. *Curr Pain Headache Rep*. 2011 Aug;15(4):324-31. doi: 10.1007/s11916-011-0195-1.
 29. Табеева ГР, Сергеев АВ. Цервикогенная головная боль: патофизиология, клиника, подходы к терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;2(2):11-9. [Tabeeva GR, Sergeev AV. Cervicogenic headache: pathophysiology, clinical picture, approaches to therapy. *Neurologiya, neuropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(2):11-9. (In Russ.).] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2010-79>
 30. Vincent M, Luna RA. Cervicogenic headache – a comparison with migraine and tension-type headache. *Cephalalgia*. 1999 Dec;19 Suppl 25:11-6.
 31. Fredriksen TA, Hovdal H, Sjaastad O. «Cervicogenic headache»: clinical manifestation. *Cephalalgia*. 1987 Jun;7(2):147-60.
 32. Antonaci F, Bono G, Chimento P. Diagnosing cervicogenic headache. *J Headache Pain*. 2006 Jun;7(3):145-8. Epub 2006 Mar 31.
 33. Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. *Lancet Neurol*. 2009 Oct;8(10):959-68. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70209-1.
 34. Vincent MB. Is a de novo whiplash-associated pain most commonly cervicogenic headache? *Cephalalgia*. 2008 Jul;28 Suppl 1:32-4. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01616.x.
 35. Drottning M, Staff PH, Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH) after whiplash injury. *Cephalalgia*. 2002 Apr;22(3):165-71.
 36. Abbed KM, Coumans JV. Cervical radiculopathy: pathophysiology, presentation, and clinical evaluation. *Neurosurgery*. 2007 Jan;60(1 Suppl 1):S28-34.
 37. Stiesch-Scholz M, Fink M, Tschernitschek H. Comorbidity of internal derangement of the temporomandibular joint and silent dysfunction of the cervical spine. *J Oral Rehabil*. 2003 Apr;30(4):386-91.
 38. Shulman EA, Levin M, Lake AE, et al. Refractory migraine. Mechanisms and management. New York: Oxford University Press; 2010. 474 p.
 39. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. 2nd ed. London: Martin Dunitz; 2002. 290 p.
 40. Bartsch T, Goadsby P. Increased responses in trigeminocervical nociceptive neurons to cervical input after stimulation of the dura mater. *Brain*. 2003 Aug;126(Pt 8):1801-13. Epub 2003 Jun 23.
 41. Goadsby PJ, Bartsch T. On the functional neuroanatomy of neck pain. *Cephalalgia*. 2008 Jul;28 Suppl 1:1-7. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01606.x.
 42. Wang E, Wang D. Treatment of cervicogenic headache with cervical epidural steroid injection. *Curr Pain Headache Rep*. 2014 Sep;18(9):442. doi: 10.1007/s11916-014-0442-3.
 43. Азимова ЮЭ. Распространенность головных болей и причины обращения к врачу по поводу головной боли по данным Интернет-опроса. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема». Смоленск; 2009. 122 с. [Azimova YuE. *Rasprostranennost' golovnykh bolei i prichiny neobrashcheniya k vrachu po povodu golovnoy boli po dannym Internet-oprosa. Materialy mezhtseoblastnoy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Golovnaya bol' – aktual'naya mezhdistsiplinarnaya problema»* [The prevalence of headaches and reasons for not applying to the doctor about headache according to the online survey. Materials of the interregional scientific-practical conference «Headache – relevant interdisciplinary problem»]. Смоленск; 2009. 122 p.]
 44. Яхно НН, Парфенов ВА, Алексеев ВВ. Головная боль. Москва: Русский Врач; 2000. 150 с. [Yakhno NN, Parfenov VA, Alekseev VV. *Golovnaya bol'* [Headache]. Moscow: Russkii Vrach; 2000. 150 p.]
 45. Bigal ME, Lipton RB. The differential diagnosis of chronic daily headaches: an algorithm-based approach. *J Headache Pain*. 2007 Oct;8(5):263-72. Epub 2007 Oct 23.
 46. Бахтадзе МА, Вернон Г, Кузьминов КО и др. Индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее: оценка надежности русской версии. Российский журнал боли. 2013;39(2):6-13. [Bakhtadze MA, Vernon G, Kuz'minov KO, et al. The index of disability due to neck pain: assessment of reliability of the russian version. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2013;39(2):6-13. (In Russ.).]
 47. Исайкин АИ. Боль в шейном отделе позвоночника. Трудный пациент. 2012;10(7):36-44. [Isaikin AI. Pain in the cervical spine. *Trudnyi patsient*. 2012;10(7):36-44. (In Russ.).]
 48. Douglass AB, Bope ET. Evaluation and treatment of posterior neck pain in family practice. *J Am Board Fam Pract*. 2004 Nov-Dec;

- 17 Suppl:S13-22.
49. Tsakitzidis G, Remmen R, Dankaerts W, et al. Non-specific neck pain and evidence-based practice. *European Scientific Journal*. 2013 Jan; 9(3):1857-7881
50. Kay TM, Gross A, Goldsmith CH. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD004250. doi: 10.1002/14651858.CD004250.pub4.
51. Meredith JT, Wait S, Brewer KL. A prospective double-blind study of nasal sumatriptan versus IV ketorolac in migraine. *Am J Emerg Med*. 2003 May;21(3):173-5.
52. Veenema KR, Leahey N, Schneider S. Ketorolac versus meperidine: ED treatment of severe musculoskeletal low back pain. *Am J Emerg Med*. 2000 Jul;18(4):404-7.
53. Forrest JB, Camu F, Greer IA, et al. Ketorolac, diclofenac, and ketoprofen are equally safe for pain relief after major surgery. *Br J Anaesth*. 2002 Feb;88(2):227-33.
54. Каратеев АЕ, Алексева ЛИ, Братыгина ЕА, Аширова ТБ. Оценка частоты развития побочных эффектов при длительном применении нимесулида в реальной клинической практике. *Русский Медицинский Журнал*. 2009;17(21):1466-72. [Karateev AE, Alekseeva LI, Bratygina EA, Ashirova TB. The frequency of side effects with prolonged use of nimesulide in real clinical practice. *Russkii Meditsinskii Zhurnal*. 2009;17(21):1466-72. (In Russ.)].
55. Press release. European Medicines Agency recommends restricted use of nimesulid-containing medicinal products. Doc. Ref. EMEA/432604/2007. <http://www.emea.europa.eu>.
56. Ashkenazi A, Blumenfeld A. Onabotulinumtoxin A for the treatment of headache. *Headache*. 2013 Sep;53 Suppl 2: 54-61. doi: 10.1111/head.12185.
57. Peloso PMJ, Gross A, Haines T, et al. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD000319.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.