

**Калиахметова Б.А.**

**резидент 2-го года обучения,врач-невролог(ПФ НАО «МУС»,Республика Казахстан)**

**Научный руководитель :доктор PhD Махмутова А.М. ПФ НАО «МУС»,Республика Казахстан)**

## **Цервикогенная головная боль**

**Актуальность темы:** Цервикогенная головная боль – является одной из наиболее частых форм вторичных цефалгий. Женщины страдают в 4 раза чаще мужчин . По данным последних эпидемиологических исследований, более 70% населения развитых стран жалуются на эпизодическую или хроническую головную боль . Многие пациенты не обращаются к врачам, занимаясь самолечением, а в ряде случаев не желают обследоваться, опасаясь, что у них обнаружится серьезное заболевание. Часто пациенты с головной болью жалуются на ограничение движений в шейном отделе позвоночника, скованность в мышцах шеи и спины, значительное снижение объема произвольных движений. ЦГБ значительно снижает качество жизни пациентов, сопоставимо с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения (ГБН), в то же время достоверно больше нарушая общее физическое состояние . G. Josey впервые описал головную боль, связанную с патологией шейного отдела позвоночника, в 1949 г.

**Нейроанатомия и патофизиология:** Основу нейроанатомии ЦГБ составляют патологические изменения в верхних шейных сегментах позвоночника. Известно, что С1 спинномозговой нерв участвует в иннервации коротких мышц субокципитального треугольника. Афферентация от медиальных и латеральных атланто-аксиальных суставов, некоторых мышц шеи (превертебральные, грудино-ключично-сосцевидные, трапециевидные, полуостистые), твердой мозговой оболочки задней черепной ямки поступает в задние рога спинного мозга по волокнам исходящих из ганглиев С2 сегмента . В результате восходящих проекций ноцептивная импульсация с верхних трех шейных сегментов конвергирует с ядерным комплексом тройничного нерва. Функциональная связь нейронов задних рогов С1-3 с каудальным ядром V пары является основой в образовании тригемино-цервикального комплекса (ТЦК) . Начальные успехи в изучении ЦГБ связаны с классическими работами Керра. Было показано вовлечение в механизм формирования ЦГБ нейронов ТЦК, что позволяло объяснить возможность возникновения головной боли при патологии шейного отдела позвоночника .

Данное предположение нашло подтверждение в последующих работах: при стимуляции большого затылочного нерва (БЗН) отмечено увеличение нейрональной активности в ТЦК с активацией нейронов каудального ядра тройничного нерва . В настоящее время считается, что изменения в структурах, получающих иннервацию от первых трех шейных сегментов, лежат в основе ЦГБ. Таким образом, источником головной боли могут быть:

- атланто-аксиальные суставы, связки, сухожилия;
- атланто-окципитальные суставы, связки, сухожилия;
- CII/CIII и CIII/CIV фасетчатые суставы;
- CII/CIII межпозвонковый диск;
- мышцы: субокципитальная, нижняя задняя шейная, нижняя превертебральная шейная, трапециевидная, грудино-ключично-сосцевидная;
- вертебральные артерии.

**Диагностические критерии ЦГБ сформулированы в 1983 г. О. Sjaastad**

Симптомы вовлечения шеи:

- 1.1. возникновение головной боли в результате: движений в шейном отделе, и/или неудобной позы, или внешнего давления в верхней шейной или затылочной области на симптоматичной стороне;
- 1.2. ограничение объема движений в шейном отделе;
- 1.3. ипсилатеральная боль неопределенного (некорешкового) характера в области шеи, плеча, руки или иногда боль в руке корешкового характера.
2. Эффективность диагностической обезболивающей блокады.
3. Односторонняя головная боль без смены стороны.
4. Характер головной боли:
  - 4.1. средняя или выраженная, непульсирующая и неострая, обычно начинающаяся в области шеи;
  - 4.2. эпизоды боли различной продолжительности;
  - 4.3. флюктуирующая боль.
5. Другие важные характеристики:
  - 5.1. только частичный эффект или его отсутствие при приеме индометацина;
  - 5.2. только частичный эффект или его отсутствие при приеме эрготамина и суматриптана;
  - 5.3. преобладание у женщин;

5.4. травма головы или непрямая травма шеи в анамнезе. Различные феномены, связанные с приступом, которые возникают только иногда и/или умеренно выражены:

6.1. тошнота;

6.2. звуко- и светобоязнь;

6.3. головокружение;

6.4. ипсолатеральное нарушение зрения;

6.5. затруднение глотания;

6.6. ипсолатеральный отек, преимущественно периокулярной области.

ЦГБ имеет определенную локализацию, но разное происхождение и, соответственно, разные клинические проявления, поэтому она попадает в разные классификационные рубрики. С точки зрения клинициста, целесообразно объединить разные классификационные рубрики в одну — ЦГБ — и рассмотреть анатомо-патофизиологические основы и механизм ее возникновения, а также особенности клинической картины и принципы терапии.

**Клинические особенности:** 1) головная боль локализуется в одной половине головы, при этом смена сторон не характерна, 2) боль, как правило, распространяется от затылка в лобную область. При наличии двусторонней цефалгии боль в одной половине головы должна значительно преобладать. В классическом варианте боль при ЦГБ начинается в шее или затылочной области и иррадиирует в лобноглазнично-височную область, распространяясь по волосистой части головы над ушной раковиной или верхней частью нижней челюсти и склеральной области . При этом боль может быть как пульсирующей, так и не пульсирующей, и максимально выражена в передних отделах головы . ЦГБ характеризуется умеренной интенсивностью. Возможно наличие ипсолатеральной боли в плече или руке, чаще нерадикалярного характера. Уменьшение объема движений в шейном отделе и связанный с ним дискомфорт значительно влияют на качество жизни пациента.

Тошнота (52,7%), рвота (22,2%), фото- и фонофобия (52,5%) возможны при ЦГБ, однако они менее выражены, чем при мигрени . Частота, продолжительность приступов головной боли, длительность межприступного периода могут быть крайне различными. Боль длится от нескольких часов до нескольких недель, кроме того, отмечается тенденция к хронизации . В межприступном периоде некоторых пациентов беспокоит слабо выраженная головная боль. Как правило, ЦГБ провоцируется механическими факторами: локальным давлением в верхнешейной и затылочной областях на симптоматической стороне,

движением в шейном отделе позвоночника, длительным вынужденным (нефизиологическим) положением головы. Длительность латентного периода между приступом головной боли и провоцирующим его фактором составляет от нескольких секунд до 30 минут . Нередко ЦГБ предшествуют другие виды головных болей .

### **Список литературы:**

1. Азимова Ю.Э., Осипова В.В. Головная боль в общей практике / Ю.Э. Азимова // Лечащий врач. – 2014. – №5. – С.7-9
2. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. М.: Р-ВРАЧ, 2000.
3. Вейн А.М. (ред.). Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпрессинформ, 2001
4. Martelletti P., van Suijlekom H. Cervicogenic headache: practical approaches to therapy. CNS Drugs 2004;
- 5 Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Топирамат в лечении хронической мигрени / Ю.Э. Азимова // Журнал неврологии и психиатрии, 2012. - № 12. - С. 31–35.
6. Алексеев В. В., Подчуфарова Е. В., Матхаликов Р. А., Черненко О. А. Цервикогенная головная боль // Неврологический журнал — 2005. — Т. 10, № 4. — С. 44—48