

Калияхметова 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 атланта-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;
- СI/СII и СII/СIII фасетчатые суставы;
- СII/СIII межпозвонковый диск;
- мышцы: субокципитальная, нижняя задняя шейная, нижняя превертебральная шейная, трапецевидная, 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, неппульсирующая 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 анамнезеб. 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. ипсилатеральное нарушение зрения;

6.5. затруднение глотания;

6.6. ипсилатеральный 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 скуловой 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 ипсилатеральной 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 слабовыраженная 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