

отмечалась положительная динамика всех его составляющих.

Таким образом, проведение данного исследования показало высокую клиническую эффективность мексидола (даже при однократных курсах) при астенических состояниях в постабстинентном периоде у больных с алкогольной зависимостью.

Нейропсихологический метод исследования может быть использован для оценки динамики состояний когнитивных процессов в процессе лечения мексидолом.

Данный препарат может быть рекомендован для терапии больных с алкогольной зависимостью, в постабстинентном периоде которых преобладают выраженные астенические состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина Т. А. // Психофармакология, биология, наркология. – 2001. – № 1. – С. 2–12.
2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та., 1973. – С. 115–12
3. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 720 с.
4. Оруджев Я. С., Иванчук Э. Г., Ростовщиков В. В. // Вестник ВолГМУ. – 2004. – № 12. – С. 64–67.
5. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России».
6. Хомская Е. Д. Нейропсихология. – М.: Изд-во Моск. ун-та., 1987. – 288 с.

ЦЕРВИКОГЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

О. В. Курушина, А. Е. Барулин

**Кафедра неврологии, нейрохирургии
с курсом медицинской генетики ВолГМУ**

Головная боль – заболевание, которое обсуждается со времен Гиппократов. И, несмотря на то, что в настоящее время объем медицинских знаний и возможностей несопоставимо больше, проблема все также далека от окончательного разрешения. Кажущаяся простота дихотомического деления на первичные и вторичные головные боли подвергается сомнению уже в Международной классификации головных болей и терпит фиаско в клинической практике.

Такая неоднозначность восприятия головной боли находит отражение уже в отсутствии достоверных и общепризнанных эпидемиологических данных о частоте и распространенности этого синдрома. Признается, что до 66 % населения страдает той или иной формой цефалгии. Практически единичная попытка посчитать экономический ущерб продемонстрировала впечатляющие результаты. По данным 1999 года, прямые и косвенные финансовые расходы из-за мигрени в США привели к потере 13 миллиардов долларов.

Несвоевременная диагностика, малоэффективное лечение приводит к хронизации болевого паттерна и усугублению медицинской проблемы социальными и психологическими факторами.

Причина такого неоптимального подхода к терапии головной боли кроется, на наш взгляд, в многофакторном патогенетическом процессе развития этого синдрома.

Цефалгии – являются как неспецифическим симптомом целого ряда заболеваний, так и самостоятельной патологией. Так, в клинической практике бытует мнение о наличии тесной связи между дегенеративно-дистрофическим поражением дисков шейного отдела позвоночника и формированием цервикогенной цефалгии. Часто выявление симптомов спондилеза и остеохондроза шейных позвоночных сегментов служит поводом для постановки диагноза цервикогенной головной боли. Хотя, по данным отечественных и зарубежных авторов, в формировании данной формы цефалгии наибольшее участие

принимают сегменты С0–С3, в которых по большей части отсутствуют межпозвоночные диски. Но необходимо отметить, что дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника все же играют определенную роль в формировании болевого синдрома. Источником болевой импульсации чаще всего служат нестабильность шейного отдела с вовлечением верхних шейных мышц, унковертебральные артрозы, изменения межпозвоночных дисков на ниже лежащих уровнях.

Наибольшее значение в патогенезе цервикогенной головной боли (ЦГБ) придается влиянию тригемино-цервикальной системы, которая представлена тесно взаимосвязанными афферентными волокнами и ядром тройничного нерва и верхними шейными спинальными нервами. В то же время к раздражению этой системы может приводить патологический процесс в любой из структур, иннервируемых этими нервами.

Выделяют сосудистый механизм формирования головной боли цервикогенного характера, связанный с поражением симпатического сплетения позвоночной артерии и невралгический, связанный с компрессией или раздражением большого затылочного нерва.

Таким образом, отсутствие единого патогенетического механизма приводит к различным трактовкам данной патологии, к отсутствию единого понимания критериев диагностики и терапевтических стратегий.

Тем не менее в Международной классификации головных болей (2003) приведены критерии постановки диагноза цервикогенной головной боли:

А. Боль, исходящая из источника в области шеи и ощущаемая в одной или нескольких зонах головы и/или лица, отвечающая критериям **С** и **Д**.

В. Клинические, лабораторные и/или нейровизуализационные признаки нарушения или повреждения в области шейного отдела позвоночника или мягких тканей шеи, которые являются достоверной или возможной причиной головной боли.

С. Причинная связь головной боли с патологией шейной области основывается,

по меньшей мере, на одном из следующих симптомов:

- 1) клинические признаки подтверждают тот факт, что источник боли располагается в области шеи;
- 2) прекращение боли после диагностической блокады структур шеи или нервных образований (при адекватном сравнительном исследовании с плацебо).

Д. Головная боль прекращается в течение 3 месяцев после успешного лечения нарушения или повреждения, вызвавшего болевой синдром.

Более подробно критерии диагностики ЦГБ изложены автором, впервые предложившим данный диагноз в 1983 году. О. Sjaastad с соавт. в течение многих лет публиковал данные, уточняющие и расширяющие представления о цервикогенной головной боли и в 1998 году выпустил модифицированные диагностические критерии цервикогенной головной боли:

1. Симптомы вовлечения шеи:

1.1. Возникновение головной боли, соответствующей описанным жалобам, в результате:

- 1.1.1. Движений в шейном отделе, и/или неудобной позы, или
- 1.1.2. Внешнего давления в верхней шейной или затылочной области на симптоматичной стороне.

1.2. Ограничение объема движений в шейном отделе.

1.3. Ипсилатеральная боль неопределенного (не радикулярного) характера в области шеи, плеча, руки или иногда боль в руке радикулярного характера.

Необходимо, чтобы имел место один феномен (или более) пункта 1. Пункт 1.1 удовлетворяет как единственный позитивный критерий в разделе 1, пункты 1.2 и 1.3 – нет.

2. Подтверждение результатов диагностической обезболивающей блокады. (Обязательный пункт для научных исследований).

3. Односторонняя головная боль без смежных сторон. (В научной работе предпочтительнее придерживаться этого пункта).

4. Характер головной боли:

4.1. Средняя или выраженная, не пульсирующая и не острая, обычно начинающаяся в области шеи.

4.2. Эпизоды боли имеют различную продолжительность или

4.3. Флюктуирующая, продолжительная боль.

5. Другие важные характеристики:

5.1. Только частичный эффект или его отсутствие при приеме индометацина.

5.2. Только частичный эффект или его отсутствие от эрготамина и суматриптана.

5.3. Женский пол.

5.4. Нередкое наличие травмы головы или непрямо́й травмы шеи в анамнезе, обычно более выраженной, чем средняя степень.

Ни один из пунктов 4 и 5 не является обязательным.

6. Различные феномены, связанные с приступом, возникают только иногда и/или умеренно выражены:

6.1. Тошнота.

6.2. Звукобоязнь, светобоязнь.

6.3. Головокружение.

6.4. Ипсилатеральные нарушения зрения.

6.4. Затруднение глотания.

6.5. Ипсилатеральный отек, преимущественно периокулярной области.

Одна из общих диагностических проблем в оценке головной боли состоит в том, чтобы отличить ЦГБ от других форм цефалгий. Вариабельность клинических проявлений и общность механизмов различных видов первичных и вторичных головных болей приводят к тому, что дифференциальная диагностика этих состояний является сложной клинической задачей. Ситуация усугубляется тем, что у одного пациента нередко присутствуют сразу несколько видов и форм головной боли.

Особенно сложными для дифференциальной диагностики являются унилатеральные болевые синдромы. Наибольшее количество диагностических ошибок возникает при дифференциации мигрени без ауры и ЦГБ. Патогенетически, мигренозные синдромы развиваются при вовлечении

тригемино-васкулярной системы, а ЦГБ – при тригемино-цервикальной. Эти механизмы обладают определенным структурным и функциональным единством, что приводит к клиническому сходству ЦГБ и мигрени без ауры по ряду критериев:

- односторонняя локализация приступа;
- преимущественное вовлечение глазнично-лобно-височной области;
- чаще встречаются у женщин.

С другой стороны, есть ряд признаков, исключительно характерных для мигрени:

- фоно-, фотофобия;
- тошнота, рвота;
- положительный ответ на суматриптан.

В то же время смена сторон головной боли во время приступа или при разных приступах не может служить критерием, полностью исключаящим ЦГБ, так как в ряде работ показан «двусторонний характер односторонности боли» при цервикогенной цефалгии.

Следующей формой цефалгии, которая представляет сложность при дифференцировке, является хроническая пароксизмальная гемикрания.

Единые клинические симптомы для ЦГБ и хронической пароксизмальной гемикрании:

- строгая односторонность болевого синдрома в типичных случаях;
- преимущественная локализация в глазнично-лобно-височной области;
- возможность провокации приступа механическим воздействием;
- страдают преимущественно женщины.

В то же время, паттерн боли при хронической пароксизмальной гемикрании отличается от такового при ЦГБ:

- боль носит острый, пульсирующий характер;
- интенсивность боли выше средней;
- больные резко ограничены в физической активности во время приступа из-за усиления боли при движениях;
- приступы, как правило, достаточно частые, но непродолжительные;

- выраженные локальные вегетативные проявления (покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа, ринорея, птоз, отек половины лица);
- абсолютный эффект индометацина.

Еще одна редкая форма унилатеральной головной боли – *Hemicrania continua*. Она была впервые описана лишь в 1984 году тем же автором, что и ЦГБ (Sjaastad, 1984) и представляет собой еще довольно новый клинический синдром, критерии диагностики которого постоянно подвергаются пересмотру и являются поводом для научных дискуссий.

Общие клинические симптомы ЦГБ и *Hemicrania continua*:

- строго латерализованная боль;
- локализация в глазнично-лобно-височной области (без смены сторон);
- боль средней интенсивности;
- преимущественно страдают женщины.

Отличия болевого синдрома при *Hemicrania continua*:

- отсутствие провокации приступа механическим воздействием;
- фоно-, фотофобия;
- тошнота, рвота;
- локальные вегетативные проявления на стороне боли;
- абсолютный эффект индометацина.

Кроме того, важным дополнительным диагностическим инструментом в дифференциальной диагностике между ЦГБ и другими типами головных болей является блокада анестетиком большого и малого затылочных нервов, а также С2–С3 фасеточного сочленения. При этом следует учитывать, что уменьшение болевого синдрома при проведении блокады возможно и при других видах головной боли непосредственно в зоне анестезии. Однако только в случае ЦГБ блокада большого затылочного нерва приводит к редукции болевого синдрома в передних отделах головы – лобно-височной области.

Но, необходимо отметить тот факт, что, несмотря на присутствие этого пункта в диагностических критериях ЦГБ, лечебно-диагностические блокады рекомендованы в обязательном порядке лишь для научных

исследований. Проведение этих манипуляций в повседневной клинической, а тем более амбулаторной практике вряд ли может быть рекомендовано в связи с опасностью осложнений и побочных эффектов.

Тем не менее даже при учете всех вышеперечисленных критериев дифференциальной диагностики постановка диагноза ЦГБ вызывает определенные сложности. Во многом это связано с тем, что так называемые «чистые» формы ЦГБ, мигрени, головной боли напряжения встречаются реже, чем смешанные формы. Так, не менее 30 % пациентов с ЦГБ отвечают критериям мигрени без ауры. Ситуация усугубляется высокой распространенностью патологии шейного отдела позвоночника и состояний, сопровождающихся болью в шее, что затрудняет выделение ЦГБ, как самостоятельного заболевания.

Но особое внимание необходимо уделить симптомам серьезной, жизнеугрожающей патологии, такой как новообразования в полости черепа, менингиты, гигантоклеточный артериит, субарахноидальное кровоизлияние и др. Несмотря на то, что так называемые симптомы «красных флагов» неоднократно обсуждались в неврологических публикациях, авторы считают целесообразным еще раз привести их здесь.

«Красные флаги» включают:

- внезапное начало новой интенсивной головной боли;
- резкое усиление или изменение имеющегося ранее паттерн головной боли в отсутствие очевидных факторов ухудшения состояния;
- головная боль связана с лихорадкой, ригидностью шеи, кожной сыпью, и с анамнестическими данными о новообразованиях, ВИЧ-инфицированием или другим системным заболеванием;
- головная боль связана с очаговыми неврологическими нарушениями кроме типичной ауры;
- умеренная или сильная головная боль, вызванная кашлем или перенапряжением;
- начало головной боли во время или после беременности.

Основные принципы лечения цервикогенной головной боли

При построении терапевтической стратегии, направленной на купирование ЦГБ, необходимо учитывать патогенетический вариант развития данной боли. Основными мишенями для лечебного воздействия являются боль, миофасциальная дисфункция и нарушение биомеханических характеристик позвоночного столба.

При этом наиболее успешной будет терапия, включающая воздействие на все звенья патогенеза и сочетающая медикаментозные и немедикаментозные методы.

Первой задачей в лечении ЦГБ, как и при любом другом алгическом расстройстве, будет являться обезболивание. Наиболее адекватным способом купирования боли будет использование НПВС. Эта группа препаратов полезна как для купирования атаки ЦГБ, так и при курсовом лечении.

Одним из современных препаратов, относящихся к классу НПВС является ацеклофенак, который представляет собой производное фенилуксусной кислоты и применяется для лечения различных болевых синдромов.

Рекомендованный изначально для терапии ревматических поражений суставов, ацеклофенак постепенно расширяет список своих показаний, что связано как с высокой эффективностью, так и с хорошей переносимостью препарата.

Как и другие НПВП, ацеклофенак ингибирует обе изоформы ЦОГ – ключевого фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландины, простаглицлин, тромбоксан. Препарат быстро и эффективно абсорбируется при приеме внутрь, длительность периода полувыведения составляет 4 ч, что позволяет избежать кумулятивного эффекта. Дозировка препарата для купирования приступа составляет 200 мг, в качестве курсового лечения – 100 мг.

Воздействие на миофасциальную дисфункцию шейного отдела позвоночника фармакологически осуществляется с помощью миорелаксантов: тизанидина, толперизона.

Выбор препарата в большей степени будет зависеть от индивидуальных особенностей пациента и коморбидных расстройств.

Коррекция нарушений биомеханики позвоночника осуществляется по большей мере с помощью немедикаментозных методов лечения, в частности, различных методов мануальной терапии, лечебной физкультуры, физиотерапии, акупунктуры.

Мануальная терапия, прежде всего, включает мягкие техники, ишемическую компрессию триггерных точек, акупрессуру, релиз-эффект, постизометрическую релаксацию мышц.

Помимо мягких техник, применяются методы воздействия на «заблокированные» позвоночные и периферические суставы (мобилизация) и методики одномоментного ударного воздействия на суставы – манипуляция. Основная цель мануальной терапии – устранение функциональных суставно-мышечных нарушений, приводящих к возникновению ЦГБ. Направление проведения мобилизации и манипуляции определяется на основании результатов провокационных тестов и проводится в сторону уменьшения боли.

Но коррекция биомеханических нарушений не должна базироваться лишь на врачебных техниках устранения суставной дисфункции. Необходимо активное вовлечение пациента в лечебный процесс для изменения установок и принятия части ответственности за сохранение собственного здоровья.

Для поддержания эффекта мануальной терапии и профилактики последующих обострений пациентам необходимо назначить курс лечебной физкультуры, направленный на коррекцию мышечного дисбаланса. Сформированные неотпитмальные стереотипы двигательной активности должны изменяться постепенно, в процессе обучения и тренировки пациента.

В этой связи на первый план выходят образовательные программы, направленные на повышение информированности пациентов с ЦГБ о сути происходящих патологических процессов и путях их возможной коррекции. Обучение пациентов должно

включать занятия направленные как на формирование правильной биомеханики движений, так и на избегание провоцирующих воздействий, механической стимуляции шейного отдела позвоночника, приводящих к возникновению приступа ЦГБ.

Только при условии комплексного воздействия на все звенья патогенеза болевого синдрома, как фармакологического, так и немедикаментозного, можно надеяться на эффективные и стойкие результаты терапии цервикогенной головной боли.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Stovner L., Hagen K., Jensen R., et al.* // Cephalalgia. – 2007. – № 27. – P. 193–210.
2. *Hall T., Briffa K., Hopper D.* // J. Man. Manip. Ther. – 2008. – № 16(2). – P. 73–80.
3. Международная классификация головных болей / Перевод В. В. Осиповой, Т. Г. Вознесенской. – 2-е изд. – 2003. – 219 с.
4. *Морозова О. Г., Ярошевский А. А.* // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 5(27).
5. *Jansen J., Sjaastad O.* // Funct. Neurol. – 2006. – Vol. 21. – P. 205–210.