



Волгоградский государственный
медицинский университет
**кафедра неврологии, психиатрии,
мануальной медицины и медицинской
реабилитации**

**Цервикогенная
головная
боль**

**Профессор
Барулин А.Е.**



Дифференциальная диагностика головных болей

Симптомы	Цервикогенная головная боль	Хроническая пароксизмальная гемикрания	<i>Hemicrania continua</i>	Кластерная головная боль	Мигрень без ауры	Головная боль напряжения
Односторонняя головная боль без смены сторон	+	+	+	+	Односторонняя головная боль со сменой сторон	—
Превалирование женщин	+	+	+	—	+	—
Топография боли	Начинается с шеи, распространяется в глазнично-лобно-височную область	Глазнично-лобно-височная область	Глазнично-лобно-височная область	Глазнично-лобно-височная область	Глазнично-лобно-височная область	«Опоясывающая» голову
Временные характеристики	Эпизоды различной продолжительности или флюктуирующая длительная боль	Множественные и относительно короткие по продолжительности атаки	Фоновая боль с периодическими обострениями (флюктуирующая длительная боль)	Приступы боли организованы в кластеры (пучки)	Приступы, различные по продолжительности, обычно от 4 до 72 часов	Длительные по продолжительности приступы с тенденцией к хронификации
Характеристика боли	Средняя/сильная, немучительная	Сильная, острая, мучительная	Средняя/сильная, немучительная	Пульсирующая, мучительная	Пульсирующая	Тупая, давящая
Уменьшение подвижности в шейном отделе	+	—	—	—	—	—
Механическая провокация приступа	+(длительная провокация; приступ развивается в течение 1 часа или более)	±(быстрая провокация; приступ ХПГ развивается в течение нескольких минут)	—	—	—	—
Боль в области надплечья/руки	+	±	—	—	—	—
Травма шеи	±	—	—	—	—	—
Эффект блокады анестетиком	+	—	—	—	—	—
Фон-, фотофобия, вегетативные симптомы (включая тошноту, рвоту)	Немного и только умеренно выраженные	+(также локальные)	+(также локальные, выражены умеренно)	+(также локальные)	+	Немного и только умеренно выраженные

Цервикогенной головной боли более 100 лет.

- " So if the pain be expressed behind, the cause must assuredly be connected with the great or small occipital nerve, and in all probability depends on disease of the spine between the first and second cervical vertebrae."

fourth of 18 lectures on "Rest and Pain" given by John Hilton between 1860 and 1862.



Цервикогенная головная боль (ЦГБ)

- – Неспецифический симптомокомплекс, этиологически и патогенетически связанный с патологией различных анатомических образований в шейном отделе.
- В настоящее время ЦГБ рассматривается не как самостоятельная болезнь, а как симптомокомплекс, этиологически и патогенетически связанный с нарушениями в шейном регионе.



Модифицированные диагностические критерии цервикогенной головной боли (*Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V: Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache, 1998, 38: 442–445*).

1. Симптомы вовлечения шеи:

- 1.1. Возникновение головной боли, соответствующей описанным жалобам, в результате
 - 1.1.1. Движений в шейном отделе и/или при неудобной позе, 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

Модифицированные диагностические критерии цервикогенной головной боли (*Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V: Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache, 1998, 38: 442–445*).

2. Подтверждение результатов диагностической обезболивающей блокады

Обязательный пункт для научных исследований.

3. Односторонняя головная боль без смены 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

5. Флюктуирующая, продолжительная боль



Модифицированные диагностические критерии цервикогенной головной боли (*Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V: Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache, 1998, 38: 442–445*).

5. Другие важные характеристики

- 5.1. Только частичный эффект или его отсутствие при приеме индометацина, эрготамина и суматриптана.
- 5.2. Женский пол.
- 5.3. Нередкое наличие травмы головы или не прямой травмы шеи в анамнезе, обычно более выраженной, чем средняя степень.

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



Biological Markers of Cervicogenic Headache

Department of Neurology, University of Münster, Germany
Achim Frese MD, Department of Neurology, University of Münster,.

Cephalalgia
An International Journal of Headache

1.07. 2009

Высокоинформативные маркеры:

- Ограничение объема движений и функциональное блокирование в ШОП считаются высоко доказательными.
- Ипсилатеральные боли в шее, плече и руке при ЦГБ высоко информативны для диагностики ЦГБ Боли в затылке бывают и при первичных головных болях;

Низкоинформативные маркеры ЦГБ :

- Методы нейровизуализации ШОП.
- Нейрофизиологические исследования

Вопросы

- Связь ЦГБ и кальцитонина
- Активация trigeminovascular системы



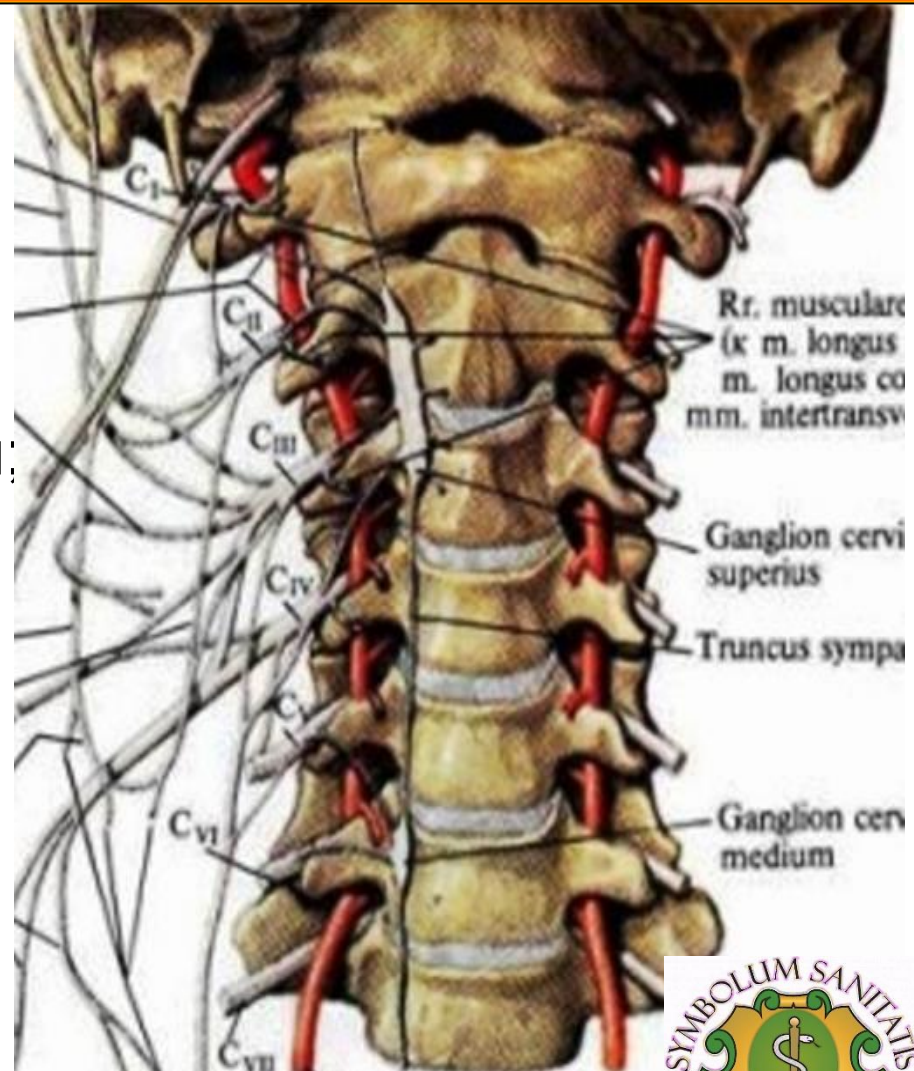
International
Headache Society



Барулин А.Е.

Источники формирования ЦГБ

- верхние шейные мышцы;
- сухожилия;
- унковертебральные сочленения;
- фасеточные суставы;
- периост, связки;
- диск CII–CIII;
- вертебральная и внутренняя сонная артерии;
- твердая мозговая оболочка.



Барулин А.Е.



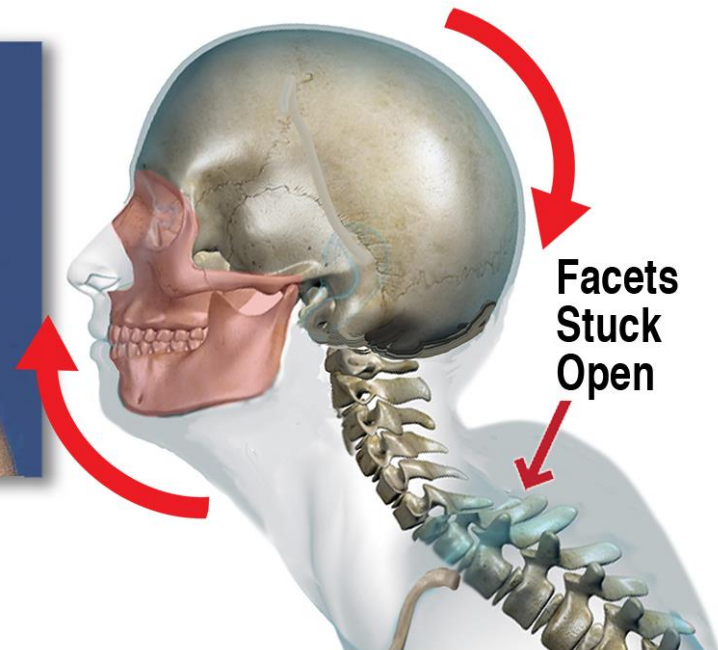
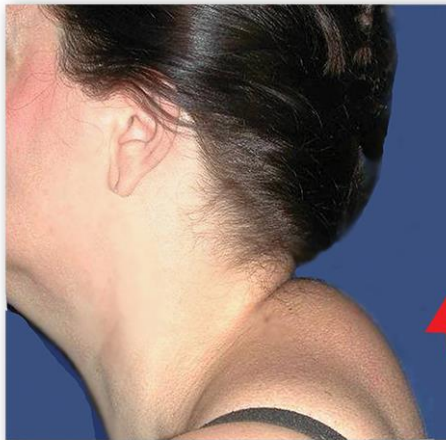


Проявление мышечного блока в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника.

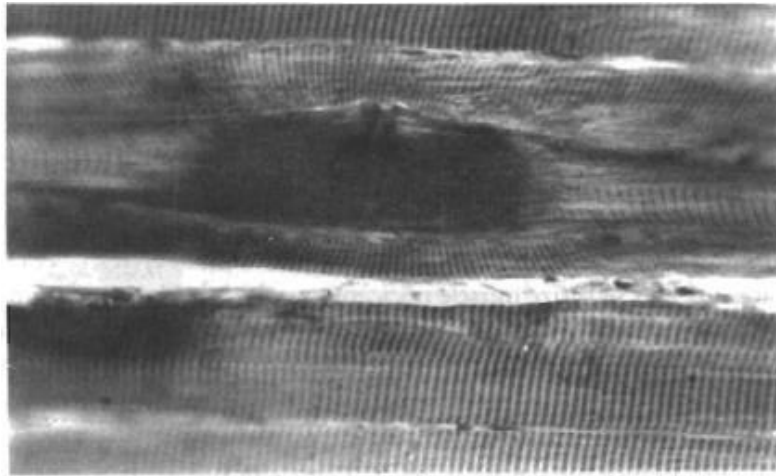
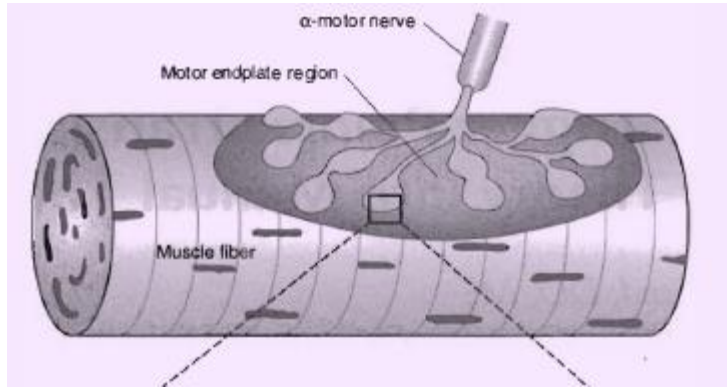
- Отёк в мышечной ткани.
- Истончение межпозвонкового диска.
- Гипертрофия подкожной жировой клетчатки.
- Жировые прослойки в неактивной мышечной ткани.



В офисном угаре



Патогенез



- При длительном фиксированном локальном гипертонусе в мышце возникают вторичные расстройства: сосудистые, обменные, воспалительные.
- Дисфункция нервных окончаний в мышце приводит к повышению ноцицептивной стимуляции спинного мозга и развитию центральной сенситизации, которая, в свою очередь, поддерживает триггерные точки.

Фасциальные цепи – основа многомерности движений



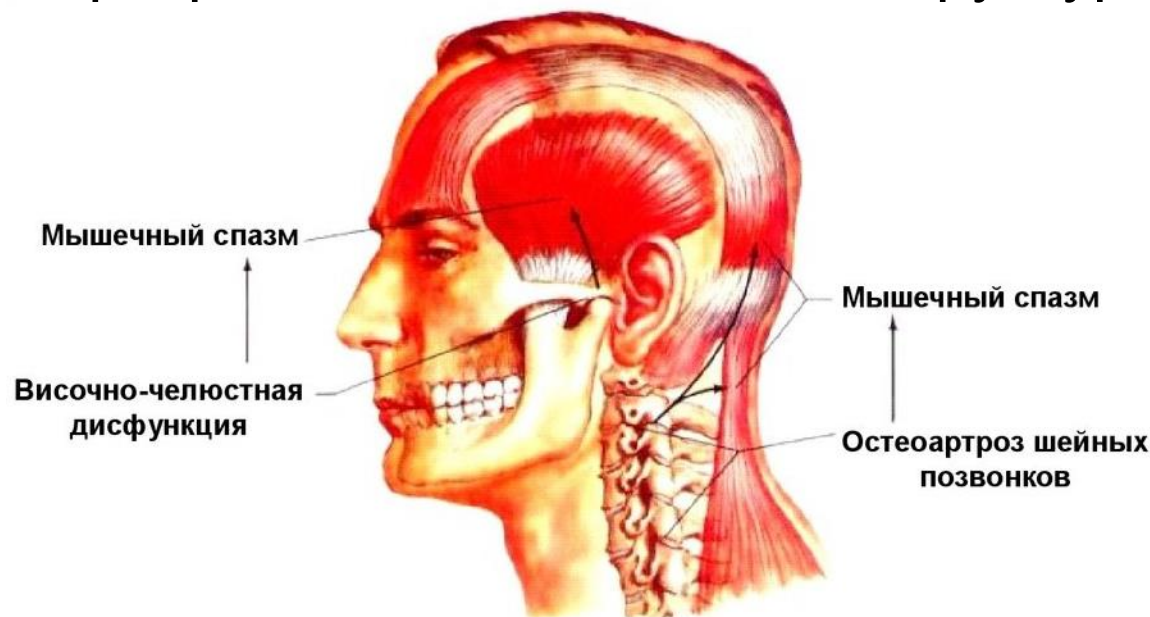
Если постоянно повторять одно и то же движение, фасция вдоль линии натяжения этого движения уплотняется, но может ослабиться в других направлениях подвижности. При долговременном ограничении движений, например при сидении, фасция принимает соответствующую форму.



Синдром перикраниальной мышечно-суставной дисфункции (ПМД) при головной боли

биомеханически и физиологически нерациональное функционирование перикраниальных и шейных структур

хроническая
ирритация
проприо-
ноцицепторов



ухудшение паттерна первичных типов
головной боли

КРАНИОМАНДИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ:

- Вторичная частичная адентия
- Оклюзионные нарушения
- Дисфункция мышц
- Дисфункция ВНЧС



Более 80% краниомандибулярная дисфункция сопровождается болевым синдромом

Перикраниальная дисфункция

- Патологии прикуса
- Патологии височно-нижнечелюстного сустава
- Бруксизме
- Феномене «сжатых» челюстей
- Дизрафические проявления
- Стоматологических манипуляциях
- Перенесенных травмах челюстно-лицевой области



ПАЛЬПАЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОЦЕНКА ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Болевые точки в мышцах лица (их часто принимают за боли тройничного нерва)

1. Усталость при жевании;
2. Жевание на одной стороне при наличии полного комплекта зубов;
3. Боли при жевании;
4. Недостаточное или асимметричное открывание рта;
5. Повышенный износ зубов.

Самостоятельная проверка ВНЧС



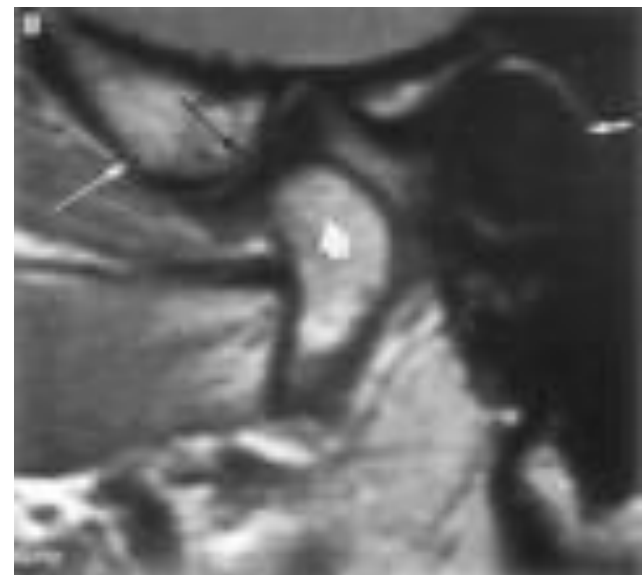
**Самостоятельная проверка
ВНЧС**



- **Вы можете сами выполнить тест суставов нижней челюсти.** Для этого поместите мизинцы обеих рук в слуховые проходы подушечкой пальца вперед. Слегка нажмите подушечками мизинцев на переднюю стенку слуховых проходов и несколько раз медленно полностью откройте и закройте рот. При этом Вы почувствуете движение суставных головок вперед и назад.
- **При дисфункции перемещение правой и левой головок происходит:**
 1. с различной скоростью
 2. на различную величину
 3. с хрустом
 4. с болью.

Специальные исследования

Исследуют два сустава (для сравнения), желательно при открытом и закрытом рте.



- **Обзорная рентгенография**, (воспаление суставов определяется лишь по косвенным признакам. Это локальная утрата плотности (остеопороз), склероз, «изъеденность» и кисты суставного конца кости). О состоянии суставной системы в целом и о виде артрита можно судить по суставам кистей рук и таза. Чтобы сократить лучевую нагрузку ограничиваются рентгенографией кистей и таза.
- **контрастная рентгенография**,
- **рентгенокинтотомография**,
- **рентгено-телекинематография**.
- **мастикоциография**,
- **аудиометрия**.
- **УЗИ суставов** – безвредный и недорогой метод исследования.
- **МР-томография** прекрасно видит острое воспаление суставов, позвонков и костей, сухожилий и связок. Очень хорошо различим отек костного вещества. Мы часто используем МРТ в сложных и спорных случаях.



Зонограмма ВНЧС



ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИИ ВНЧС

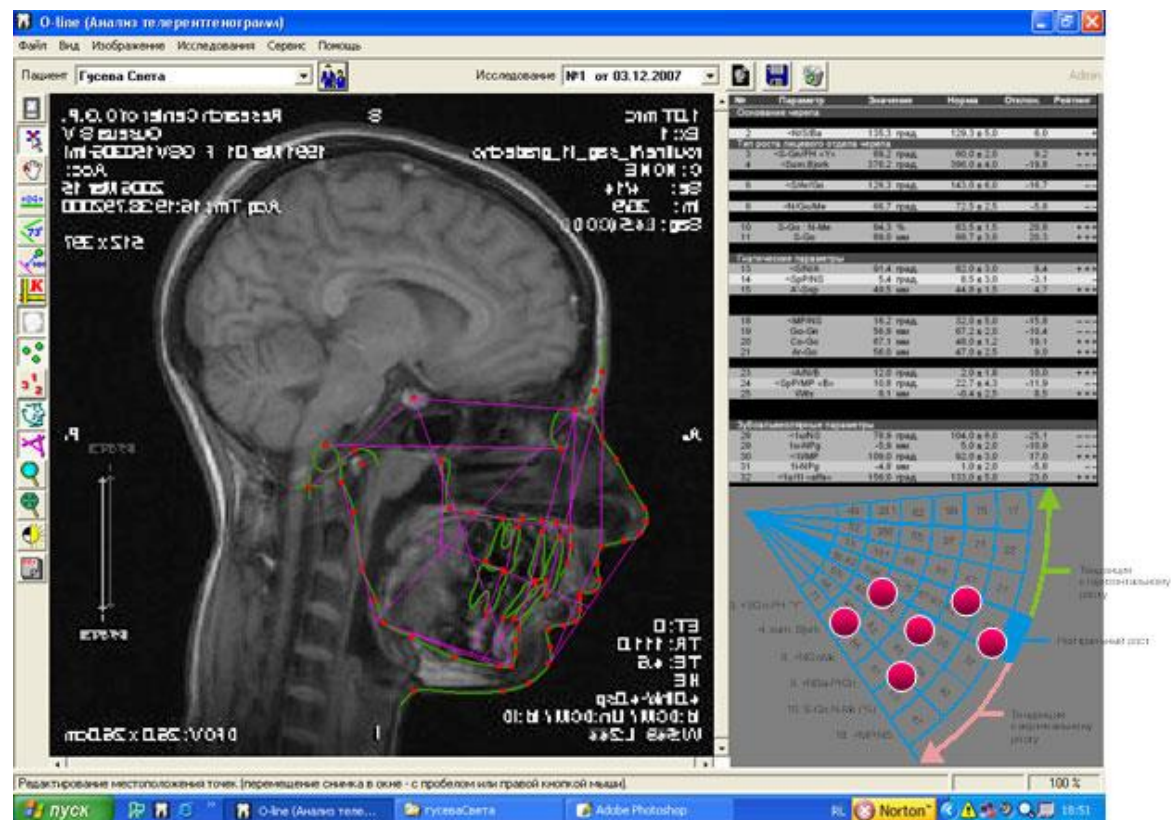




- **МРІ-диагностика.** С помощью прибора МРІ — индикатора положения нижней челюсти — выявляются изменения в височно-нижнечелюстном суставе

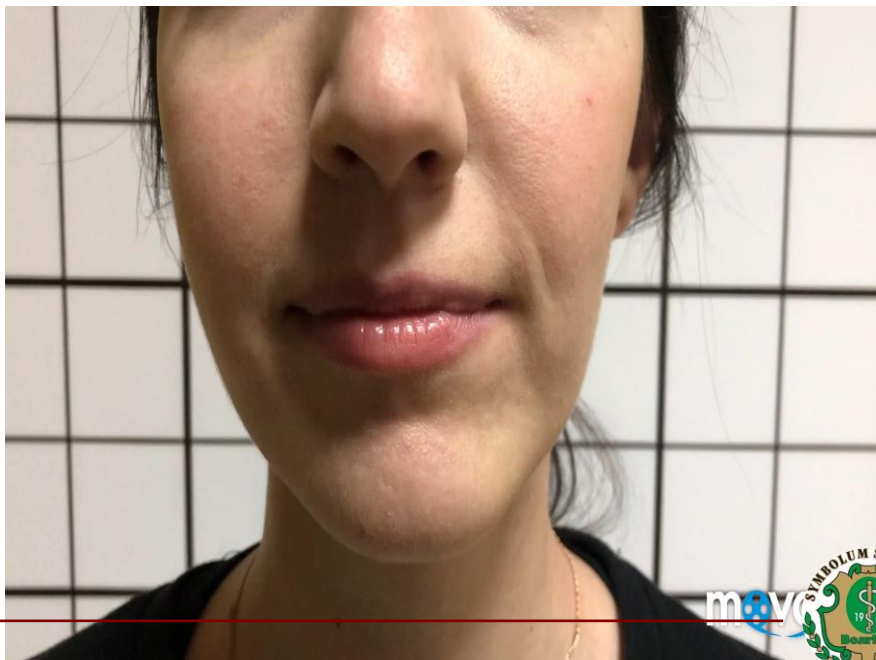
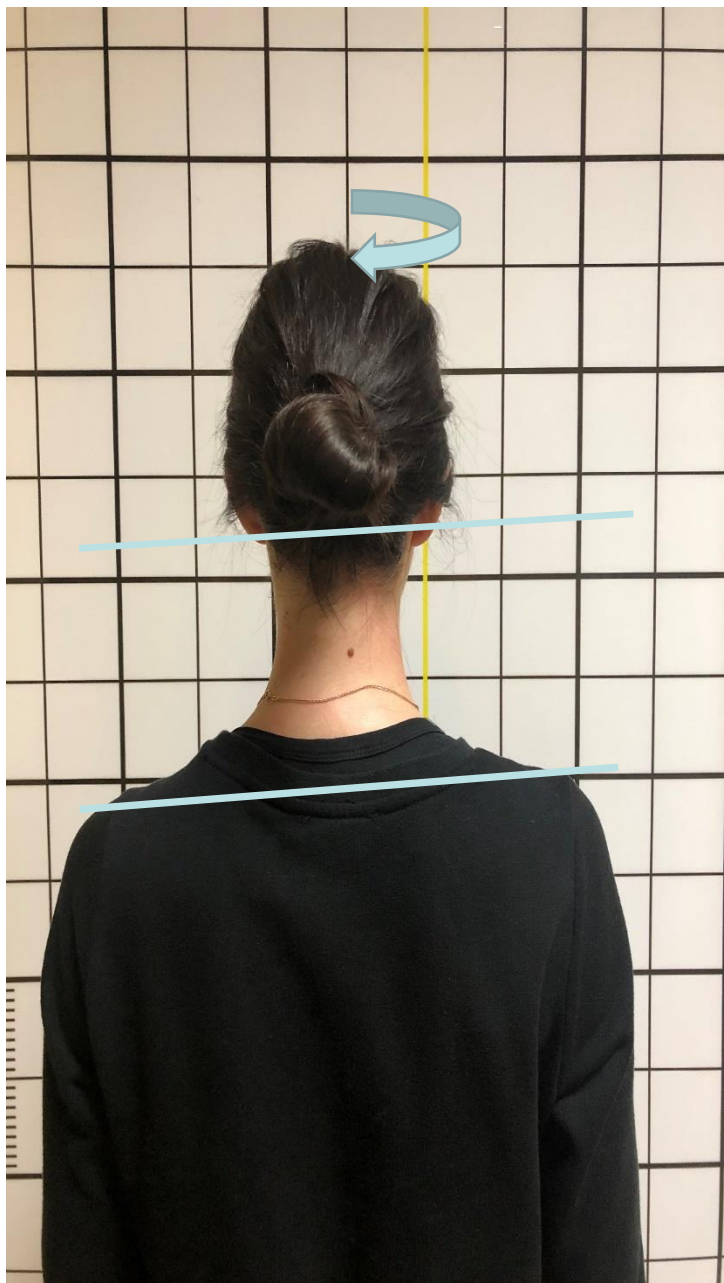


- **аксиография (AQR)** – метод, позволяющий получить точные графические данные о траектории движения суставной головки при движениях нижней челюсти. Применяется с целью функциональной диагностики ВНЧС, а также для настройки артикулятора по индивидуальным данным пациента. Индивидуальная настройка артикулятора исключает необходимость подгонки готовой реставрации в полости рта и позволяет достичь максимальной окклюзионной точности

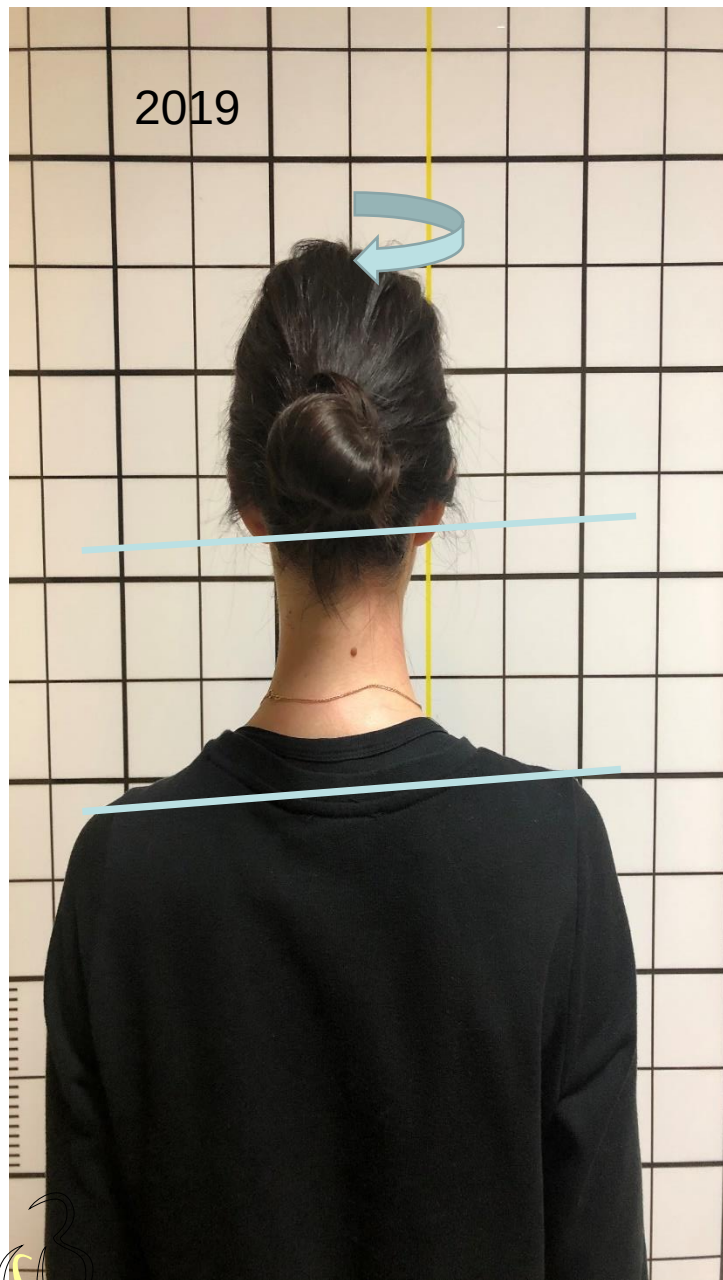


- диагностические слепки, по которым отливаются диагностические модели
- постановка диагностических моделей в артикулятор по показаниям межжюкклюзионного отпечатка и лицевой дуги

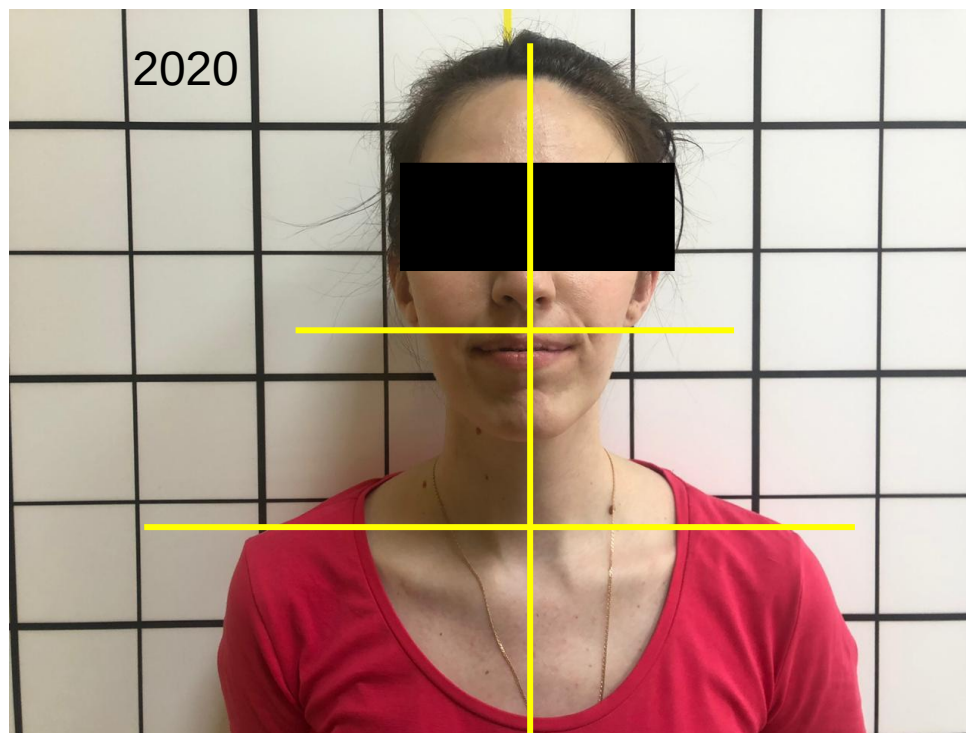
Пример картирования МРТ-томограммы для проведения цефалометрии с представлением полученных результатов в таблице программы О-Лайн и в виде сектора с характеристикой тенденции роста нижней челюсти.



2019



2020

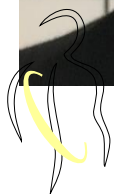
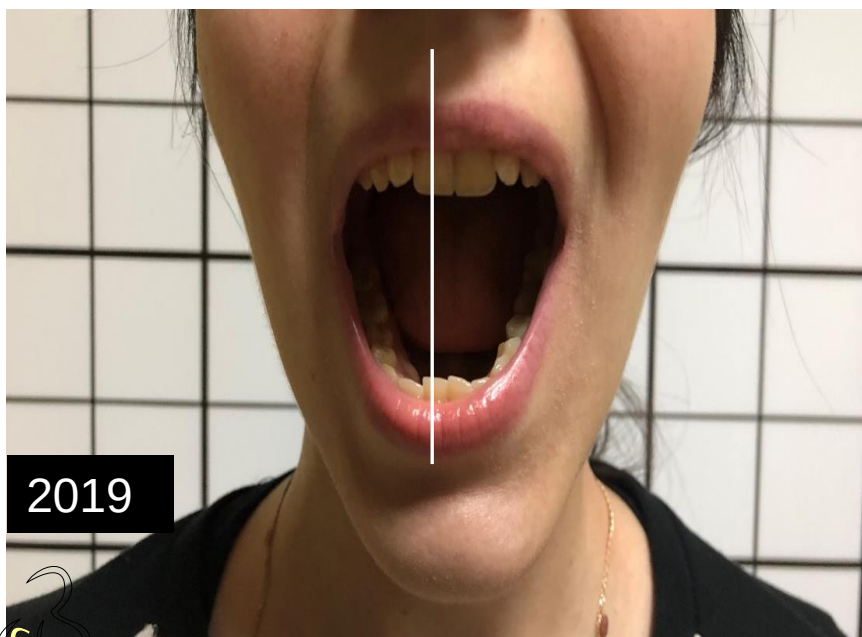
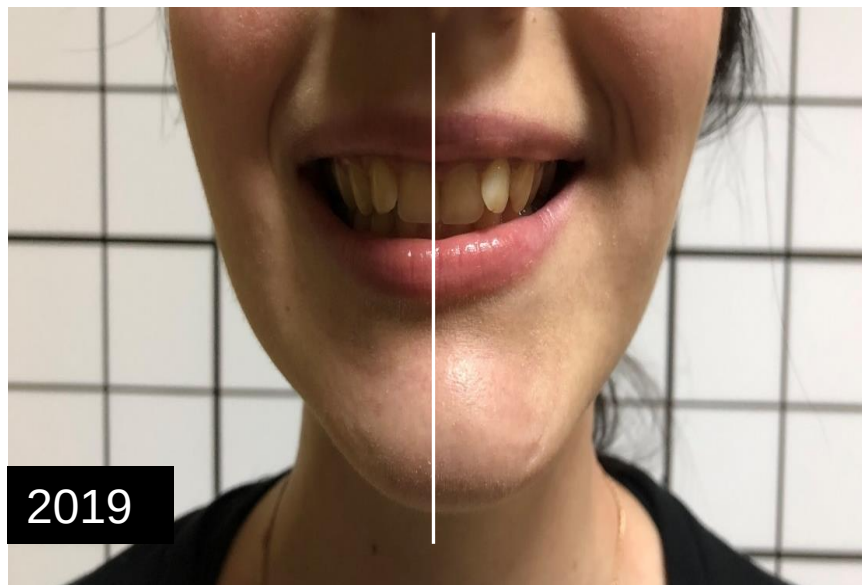
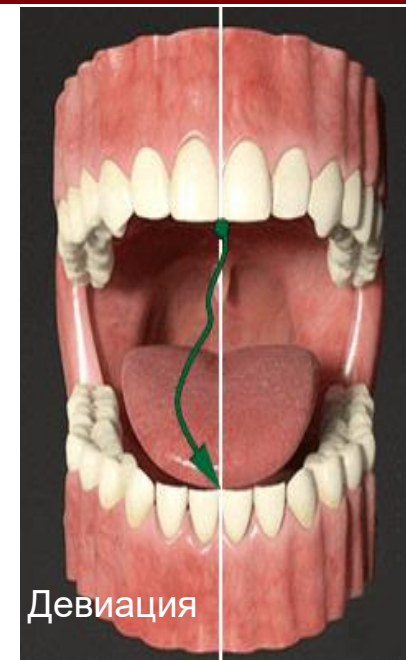
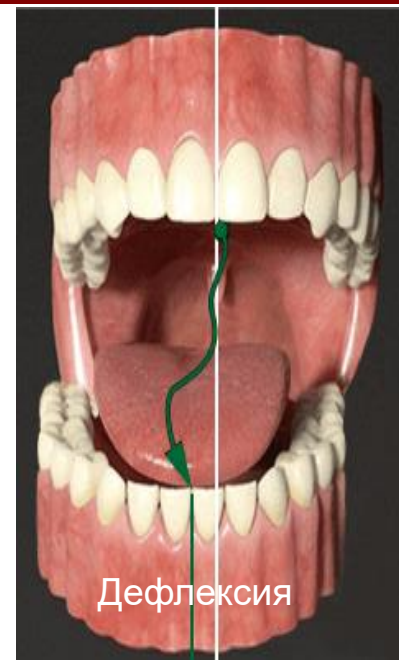


Александр Барулин
barulin23@gmail.com

https://www.youtube.com/channel/UC26xXPoKHOKN7AuS3P9RJ-A?view_as=subscriber

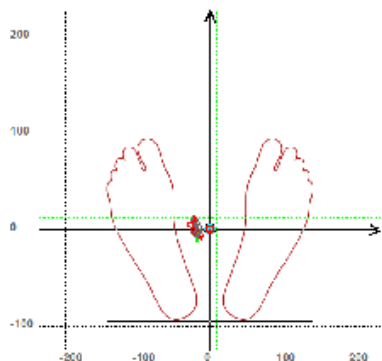


Девияция или дефлексия нижней челюсти

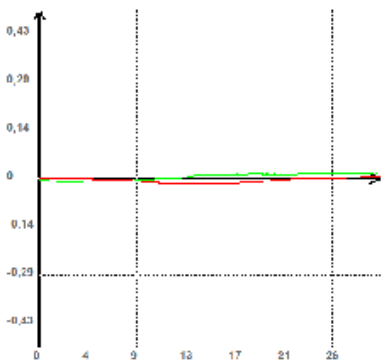




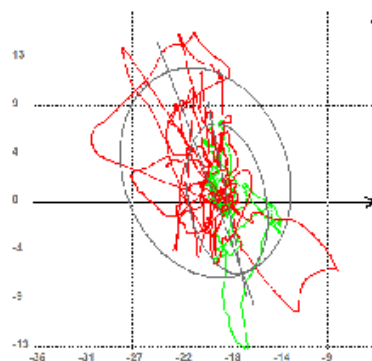
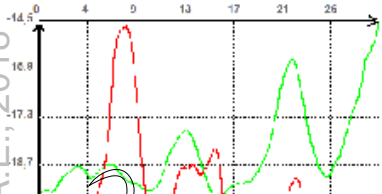
Дисфункция ВНЧС



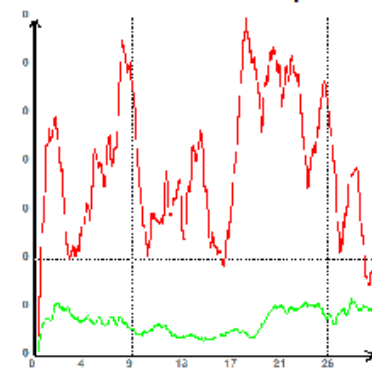
Координаты ОЦД



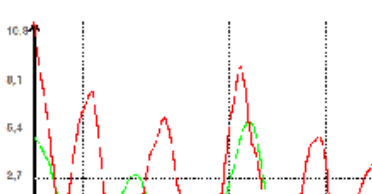
Баллистограмма «Z(t)»



Статокинезиограмма

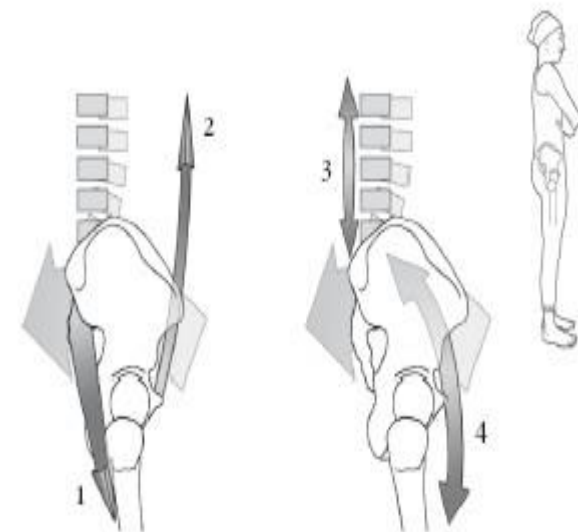
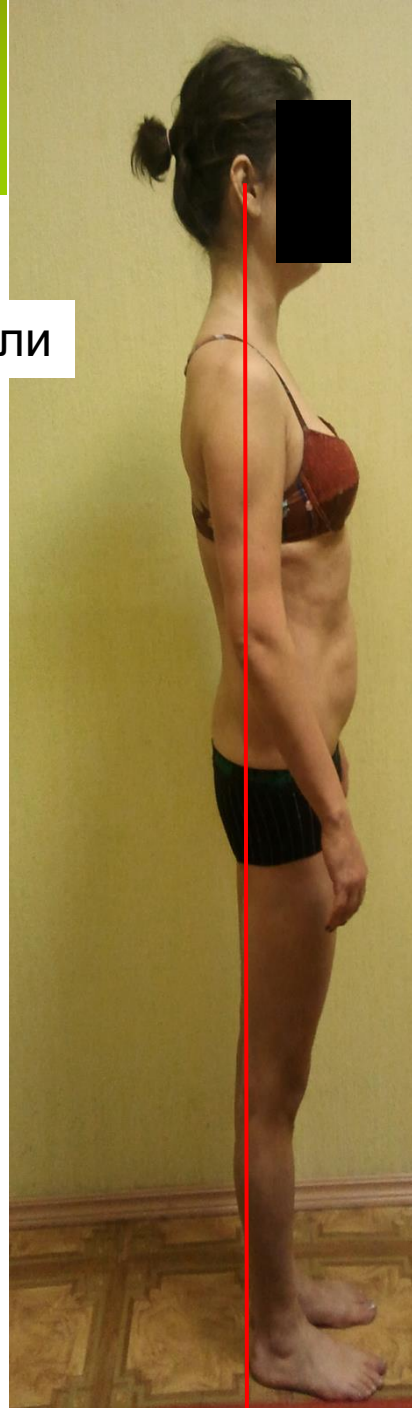
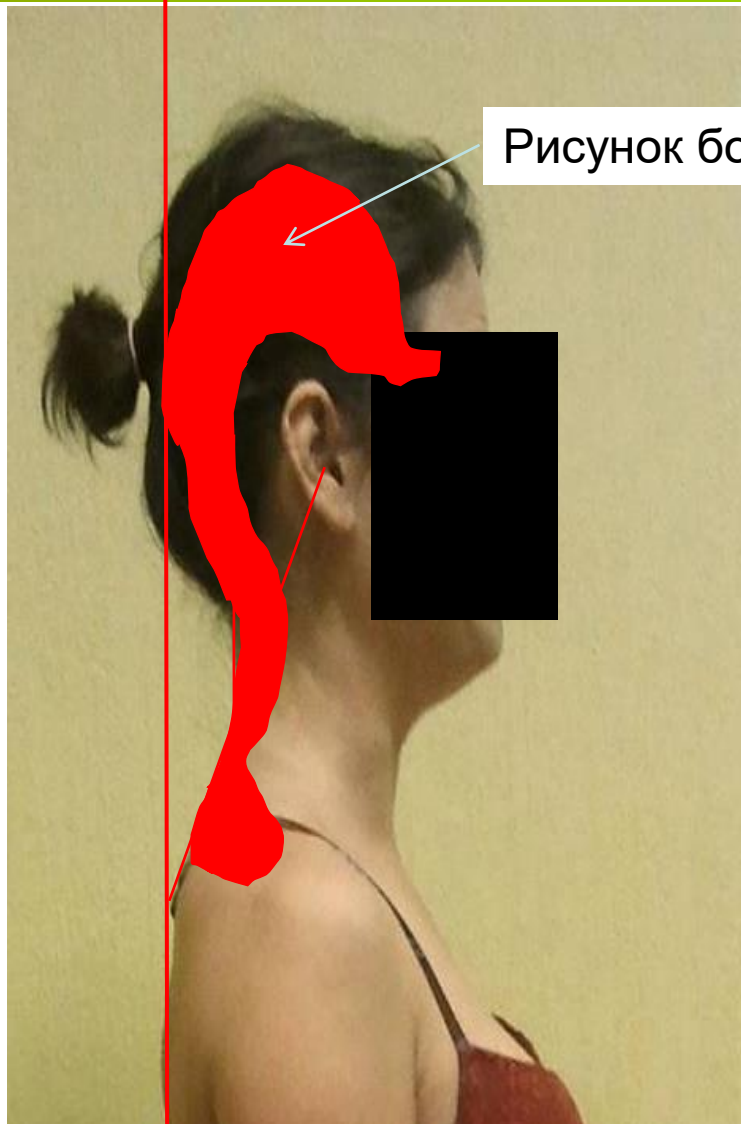


Энергосатраты



В положении стоя

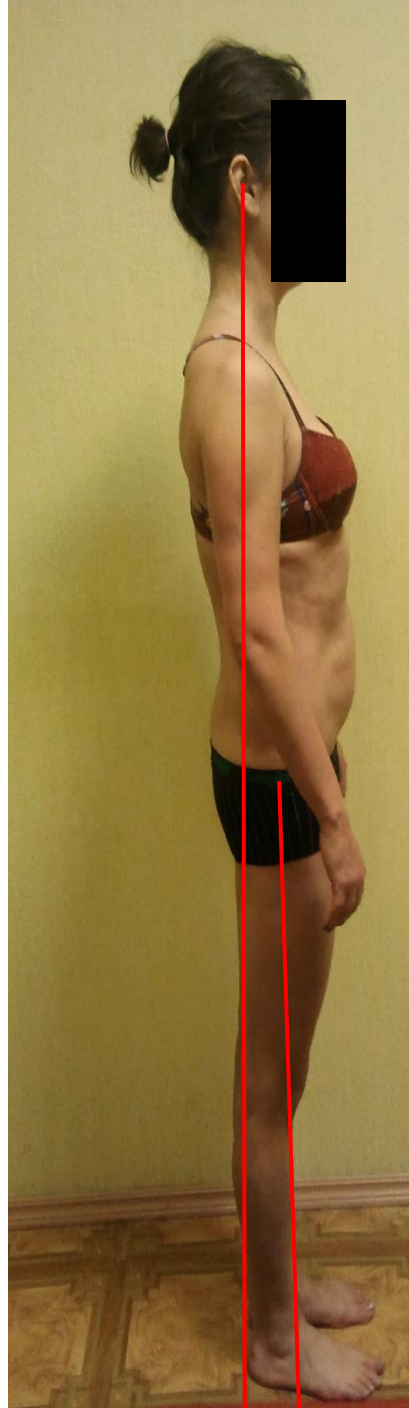
Рисунок боли



Ретроверсия таза — сгибание
поясничного отдела

Сокращение: больших ягодичных мышц (1), с сокращение брюшных мышц (2) или обеих групп мышц одновременно.

Ограничение движения — определяется натяжением задних связок поясничного отдела позвоночника (3) и мышц-сгибателей бедра (4).



Ограничение объема движений и болезненность в шейном отделе позвоночника

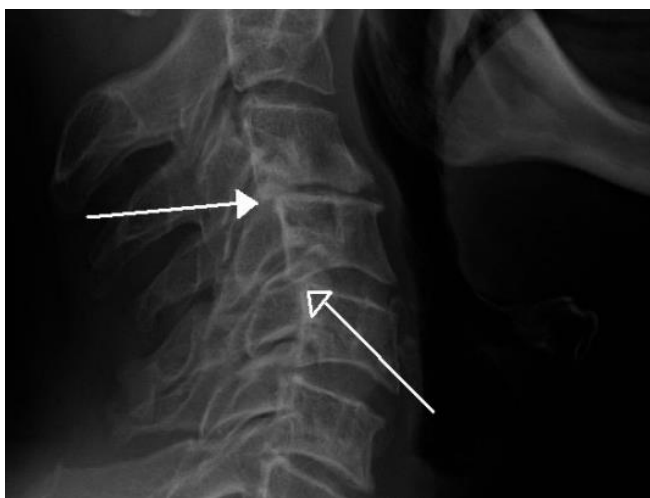


Магнитно-резонансная томография

Область исследования:
шейный отдел позвоночника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника. Задние медианные протрузии межпозвонковых дисков C2-C3, C3-C4. Антелистез C3 позвонка.

На Ф-рентгенографии ШОП:
выявлена нестабильность в сегментах C2-C3, C3-C4.

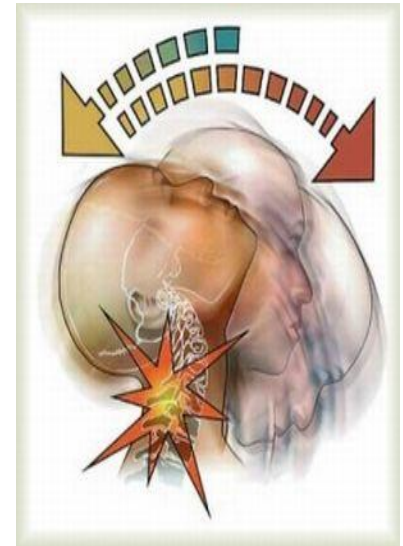


Картина: динамического
антелистеа 1 степени (до 25%
смещение) в сочетании со
спондилолизом и
травматического
спондилолистеза;
комбинированная деформация.

Задачи реабилитации



- купирование болевого синдрома
- достижение полного восстановления объема движений в шейном отделе позвоночника
- восстановление трудоспособности
- предупреждение хронизации
- клинических проявлений



Лечебные мероприятия

- Коррекция факторов риска
- ортопедическое пособие
- фармакотерапия
- физиотерапия
- мануальная терапия
- лечебная гимнастика
- когнитивно-поведенческая психотерапия



Нефармакологические методы лечения

Образовательные программы для пациентов.

Задачи

- Объяснить природу болевого синдрома
- Определить отношение к физическим упражнениям
- Модифицировать образ жизни
- Обустроить окружающую среду
- Объяснить, как защитить себя от повседневной активности
- Проинформировать о методах самопомощи

Но, иногда человек, для того, чтобы повысить свою значимость и оцененность реализует это через болезнь!

Банальные рекомендации

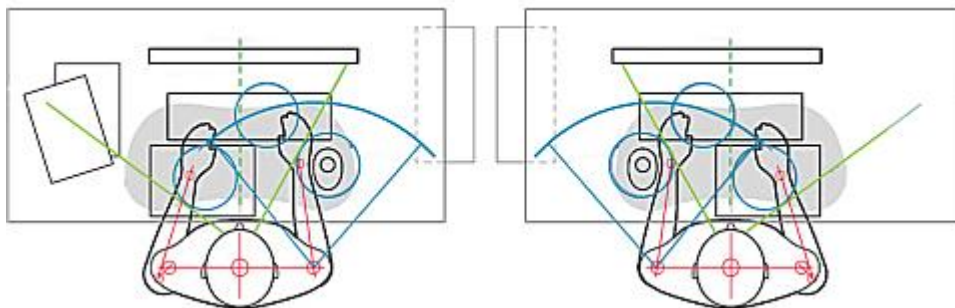
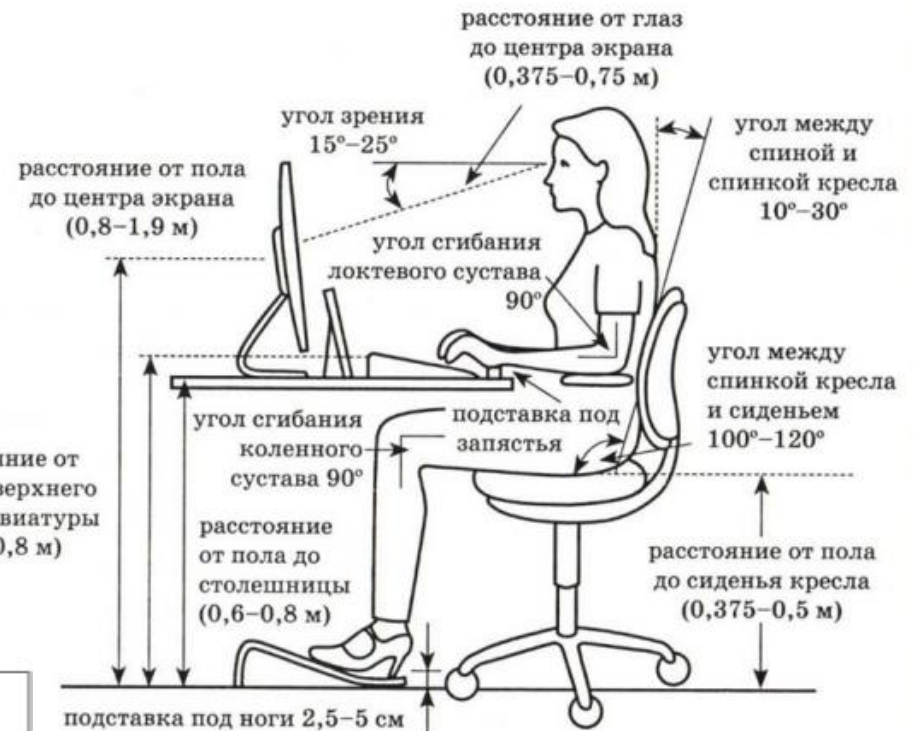


Почему не выполняете?

- Регулярно выполнять физические упражнения.
- Придерживаться здорового питания.
- Поддерживать нормальный вес.
- Высыпаться.
- Избегать стрессовых ситуаций.



Эргономика рабочего места



Фармакотерапия

- НПВС
- Миорелаксирующие препараты
- Антидепрессанты при хронических ГБ
- Местная инъекционная терапия
- Хондропротекторы
- Вазоактивные препараты



Локальная медикаментозная терапия

Неинвазивные

- Гелевые и мазевые формы НПВС
- Гелевые формы венотоников
- Аппликации с димексидом
(в смеси с НПВС, новокаином или гидрокортизоном, вит. В12.

Инвазивные

- Лечебные медикаментозные блокады
- Ботулинотерапия при МФБС



Лечебные медикаментозные блокады (мягкотканная инфильтрация)

СПОСОБЫ

- подкожное
- внутримышечное
- периратикулярное



ЭФФЕКТЫ

- ограничение ноцицептивной импульсации в ЦНС
- нормализация микроциркуляции
- уменьшает воспалительные реакции и стимулиция обмена веществ.

Локальная немедикаментозная коррекция

Неинвазивные

- Ударно-волновая терапия
- Лазеротерапия
- Ультразвуковая терапия
- Мануальные техники (ПИРМ, мобилизация и др.)
- Ауто-релаксация



Инвазивные

- Прокол сухой иглой в ТТ
- Броширование ТТ

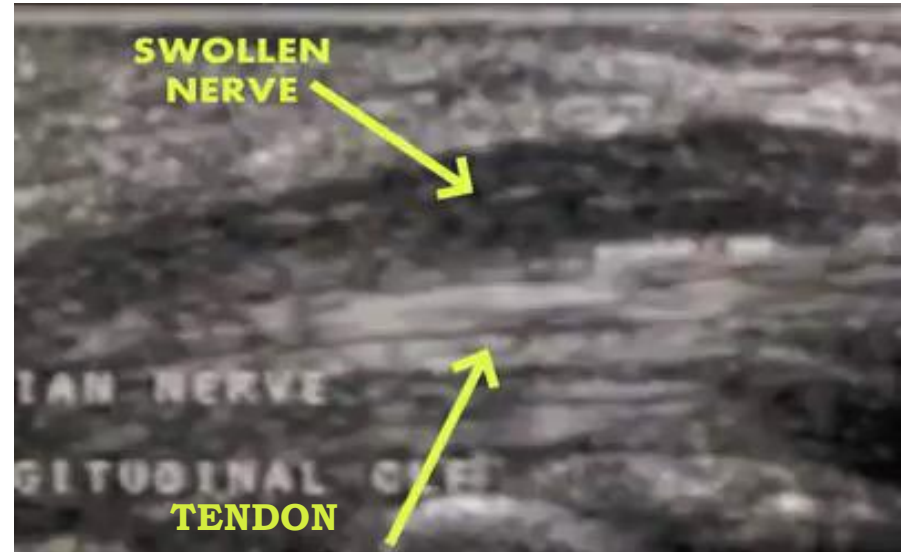


Физиотерапия

- хороший эффект может дать назначение ультразвука, электростимуляции мышц
- показан также массаж шеи и плечевого пояса
- лечебная гимнастика - назначают как можно раньше, ее целью является укрепление мышц и сухожильно-связочного аппарата шеи,
- устранение патологических защитных поз



PRECISION SLIDER for the BRACHIAL PLEXUS



Shoulder 90° abduction optimizes transmission of forces along the system.

Мануальная терапия

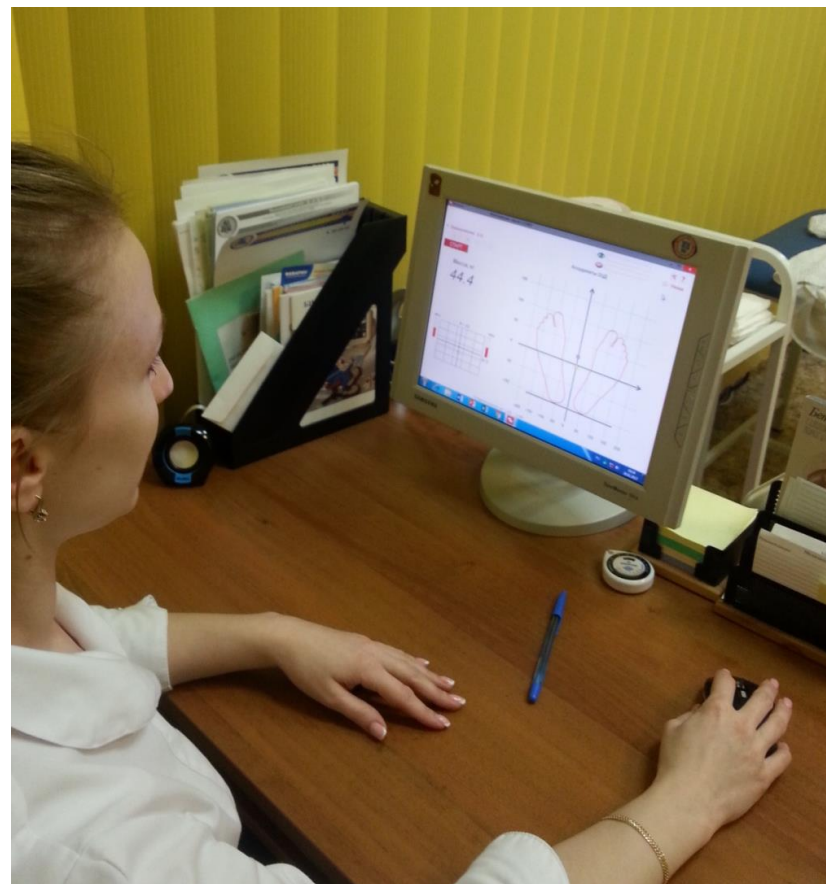
необходимо исключить явления нестабильности в шейном отделе позвоночника

направлена на:

- ликвидацию внутри- и околосуставных адгезий,
- высвобождение синовиальных складок,
- устранение зон локального мышечного гипертонуса,
- восстановлению функций позвоночно-двигательных сегментов,
- ликвидации мышечно-связочного дисбаланса.

Реедукация двигательного стереотипа с использованием стабилوپлатформы

Пациенту обязательно подбираются наиболее оптимальные упражнения для самокоррекции



Если бы мы поняли, как сильны наши мысли, вы бы никогда не думали негативно!

Боль и мышление



Боль хитрее нас





Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации



- Барулин Александр Евгеньевич
- Эл. почта: barulin23@mail.ru
- Мед. центр БАЕР – Центр лечения боли
- Волгоград, тел. +7 (8442) 50-39-40

facebook

Страница неврология и мануальная терапия.
www.facebook.com/neurology34/

**You
Tube**



Александр Барулин
64 подписчика

https://www.youtube.com/channel/UC26xXPoKHOKN7AuS3P9RJ-A?view_as=subscriber

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!