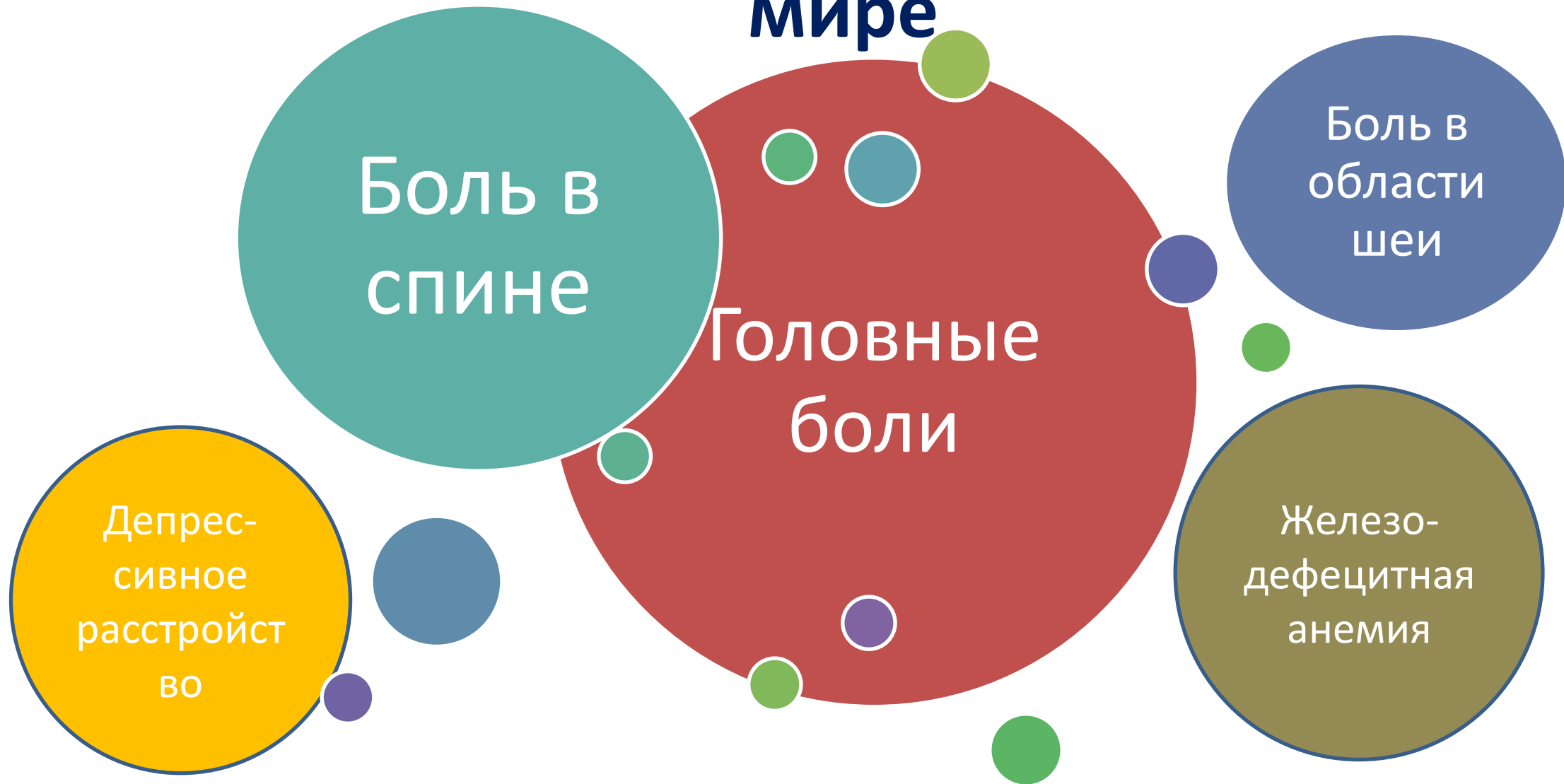


5 основных причин нетрудоспособности в мире





Цервикокраниалгия: как помочь пациенту?



Профессор Ахмадеева Лейла Ринатовна
www.ufaneuro.org

Лектор получала гонорары за выступления с академическими лекциями и за участия в клинических исследованиях от компаний Акрихин, Аллерган, Астра Зенека, Ацино Каз, Байер, Верваг, Верофарм, Гедеон Рихтер, Др.Реддис, Ипсен, КРКА, Къези, Лундбек, Меда, Мерц, Микроген, Новартис, Пфайзер, Сандоз, Солофарм, Тева, Фрезениус-Каби, Штада, Юнифарм и др.

Мы все знаем, что



- Цервикокраниалгии – это боли в области шеи и головы
- Они могут быть вызваны разнообразными причинами
- Во время этой встречи невозможно разобрать их все



UpToDate®

Search UpToDate

[Contents](#) ▾

[Calculators](#)

[Drug Interactions](#)

[UpToDate Pathways](#)

Authors and Editors in Neurology

Editors-in-Chief

Michael J Aminoff, MD, DSc

Editor-in-Chief — Neurology

Section Editor — Medical Neurology

Professor of Neurology

University of California, San Francisco School of Medicine

Jerry W Swanson, MD, MHPE

Editor-in-Chief — Neurology

Section Editor — Headache

Professor of Neurology

Mayo Clinic College of Medicine and Science

Новое определение боли

Оригинальные статьи

Original articles

Российский журнал боли
2020, т. 18, № 4, с. 5-7
<https://doi.org/10.17116/pain2020180415>

Russian Journal of Pain
2020, vol. 18, no 4, pp. 5-7
<https://doi.org/10.17116/pain2020180415>

Новое определение боли Международной ассоциации по изучению боли

© Н.Н. ЯХНО¹, М.А. КУКУШКИН², М.В. ЧУРЮКАНОВ^{1, 3}, О.С. ДАВЫДОВ², М.А. БАХТАДЗЕ^{4, 5}

«Боль — неприятное **сенсорное** и **эмоциональное** переживание, связанное с имеющимся или перенесенным ранее действительным или предполагаемым повреждением тканей»

Боль в шее – новое в классификации, диагностике и подходах к лечению

Бахтадзе М.А.

Ассистент Кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики л/ф РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Врач ГБУЗ «Центр мануальной терапии» ДЗМ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ В ШЕЕ

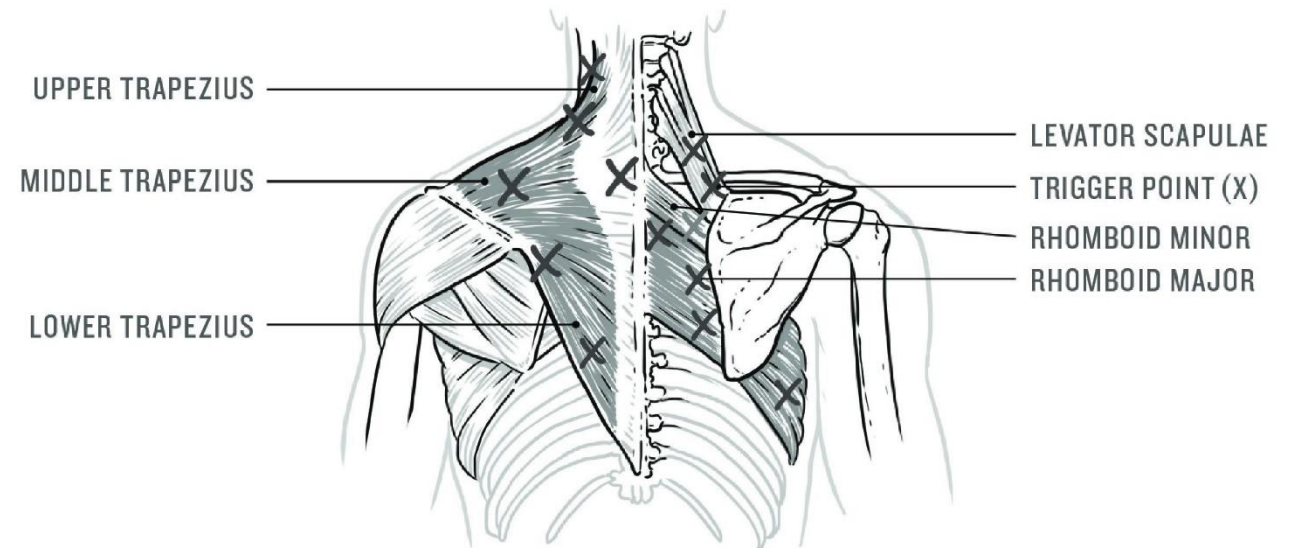


Bone & Joint Decade 2010-2020

- Одновременно шея болит $\approx$ у 5% населения Земли - это 332 048 млн человек.
- По показателю YLDs (годы жизни, прожитые с ограничением жизнедеятельности), их жизнедеятельность ограничена на 33,6 млн. лет.

Источники боли при боли в шее

- Мы знаем, что источники боли при боли в шее могут лежать вне анатомических границ шеи.
- Например, при боли в шее мы находим болезненные участки в мышцах, расположенных вне анатомических границ шеи – в трапецевидной, ромбовидной, мышцах, поднимающих лопатку.



Классификация боли в шее

- **I тип** – неспецифическая боль в шее, не сопровождающаяся серьёзной структурной патологией позвоночника, не ограничивающая жизнедеятельность или ограничивающая её легко.
- **II тип** – неспецифическая боль в шее, не сопровождающаяся серьёзной структурной патологией позвоночника, ограничивающая жизнедеятельность умеренно или сильно.
- **III тип** – боль в шее, сопровождающаяся симптомами радикулопатии.
- **IV тип** – специфическая боль в шее (ревматоидный артрит; переломы; опухоли и др.).



- **ОСТРЫЕ** НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЦЕРВИКОКРАНИАЛГИИ ЛЕЧАТ МЕДИКАМЕНТОЗНО И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНО
- ОСНОВНЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА – НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус

2016

Насонов Е.Л.^{1,2}, Яхно Н.Н.², Каратеев А.Е.¹, Алексеева Л.И.¹, Баринов А.Н.², Барулин А.Е.³,
Давыдов О.С.⁴, Данилов А.Б.², Журавлева М.В.², Заводовский Б.В.⁵, Копенкин С.С.⁶,
Кукушкин М.Л.⁷, Парфенов В.А.², Страхов М.А.⁶, Тюрин В.П.⁸, Чичасова Н.В.², Чорбинская С.А.⁹

Клинические рекомендации

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

Клинические рекомендации

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Каратеев Андрей Евгеньевич – заведующий лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»¹, докт. мед. наук

Арутюнов Григорий Павлович – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России⁴, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, член-корреспондент РАН, докт. мед. наук, профессор

2018

Основные положения,
характеризующие эффективность
нестероидных
противовоспалительных препаратов

1. Все НПВП в адекватных противовоспалительных дозах (средних и максимальных терапевтических) при длительном применении имеют равный обезболивающий потенциал *(уровень доказательности 1a)*.

Основные положения, характеризующие
эффективность нестероидных
противовоспалительных препаратов

3. Использование инъекционных форм НПВП (в/в и в/м введение), а также быстрорастворимых препаратов для приема внутрь может иметь преимущество в скорости наступления обезболивающего эффекта в сравнении с пероральным приемом стандартных препаратов (*уровень доказательности 1b*).

В то же время нет однозначных данных о том, что применение НПВП в виде инъекций или быстрорастворимых форм для приема внутрь имеет преимущество перед пероральными формами по выраженности обезболивающего и противовоспалительного действия при проведении лечения более 1 дня (*уровень доказательности 1b*).

ЦЕРКИКОКРАНИАЛГИ
И МОГУТ БЫТЬ
НЕВРОПАТИЧЕСКИМИ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли

О.С. Давыдов¹, Н.Н. Яхно², М.Л. Кукушкин¹, М.В. Чурюканов², Г.Р. Абузарова³, А.В. Амелин⁴, В.А. Балязин⁵, Е.Р. Баранцевич⁴, А.Н. Баринов², А.Е. Барулин⁶, Г.Н. Бельская⁷, Ю.Н. Быков⁸, А.Б. Данилов², О.Б. Доронина⁹, О.Н. Древаль¹⁰, М.А. Евсеев¹¹, О.И. Загорулько¹², Э.Д. Исагулян¹³, П.П. Калинин¹⁴, Ю.В. Каракулова¹⁵, А.Е. Каратеев¹⁶, С.С. Копенкин¹⁷, О.В. Курушина⁶, Л.А. Медведева¹², В.А. Парфенов², Д.А. Сергиенко⁷, И.А. Строков², Ф.А. Хабиров¹⁸, В.А. Широков¹⁹

Таблица 2. Дифференциальная диагностика ноцицептивной, невропатической и психогенной боли

Характеристика	Ноцицептивная боль (вызванная физиологической активацией ноцицепторов)	Невропатическая боль (вызванная повреждением нервной системы)	Психогенная боль (вызванная психологическими факторами)
Тканевое повреждение	Есть	Необязательно	Нет
Соответствие степени повреждения	Соответствует	Не соответствует по времени или интенсивности	Нет
Локализация боли	Четкая (кроме висцеральных болей)	Область иннервации пораженного сегмента нервной системы	Плохо локализована
Чувствительные и (или) вегетативные нарушения	Нет	Локализованы в зоне боли	Нет
Характер боли	Острая, четко описывается пациентом, «привычная»	Необычные ощущения, описываемые аналогами	Чаще тупая, ноющая, с трудом описывается пациентом
Продолжительность боли	Соответствует длительности повреждающего воздействия	Хроническая, может быть рецидивирующей	Рецидивирующая
После заживления	Регрессирует	Продолжается	Продолжается
Механизм	Проведение нормального болевого импульса	Дисфункция ноцицептивной и антиноцицептивной систем	Нарушение стратегии преодоления боли

Таблица 3. Симптоматика при невропатических болевых синдромах

Симптомы	Негативные	Позитивные
Моторные	Парезы	Миокимии, дистония, фасцикуляции, усиление физиологического тремора
Сенсорные	Гипестезия, гипоалгезия	Боли
Вегетативные	Гипогидроз, вазопарез, отек, ухудшение роста волос, ногтей	Вазоконстрикция, усиление роста волос, ногтей, гипергидроз

6.2. Фармакотерапия невропатической боли, основанная на доказательствах

Фармакотерапия НБ предполагает широкий выбор лекарственных средств. Их эффективность и безопасность для лечения НБ у взрослых была проанализирована в ряде метаанализов и систематических обзоров [40–50]. Выделяют 5 групп препаратов, обладающих доказанной эффективностью. К первой линии терапии НБ относятся **антидепрессанты** – как трициклические (ТЦА), так и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), **антиконвульсанты** (габапентин, прегабалин, карбамазепин – только при ТГН) (*сила рекомендаций А*), ко второй и третьей – **опиоидные анальгетики** (трамадол, тапентадол, оксикодон, морфин), **препараты для местного применения** (с 5% лидокаином или 8% капсаицином), **ботулинический токсин типа А** (в виде подкожных инъекций) (*сила рекомендаций В*).

При
цервикокраниалгиях
болит не только шея, но
и **голова**

Главный стандарт диагностики головной боли в мире

- *Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью* = Международная классификация ГБ (МКГБ)
- Сейчас: **МКГБ-3 (2018)**
- Формулировка диагноза –
«Форма ГБ» в соответствии
с МКГБ

www.headache-society.ru
www.headache.ru
www.paininfo.ru
www.painrussia.ru
www.ihs-headache.org

*The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3).
Cephalalgia 2018, vol 28, issue 1.*



Типы головной боли (МКГБ-3)

Часть I (главы 1-4):

Первичная

ГБН

Мигрень

Кластерная ГБ и другие
тригеминальные вегетативные ГБ

Другие первичные
типы ГБ

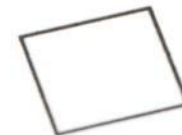
Часть II (главы 5-12):

Вторичная

ГБ, связанные с:

5. травмой головы и/или шеи
6. поражением сосудов головного мозга и шеи
7. несосудистыми внутричерепными поражениями
8. различными веществами или их отменой
9. инфекциями
10. нарушениями гомеостаза
11. головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и шеи
12. психическими заболеваниями

Головная боль
напряжения



Tension-type headache in adults: Acute treatment

Author: [Frederick R Taylor, MD](#)

Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Nov 10, 2020**.

САМАЯ
ЧАСТАЯ
ГОЛОВНАЯ
БОЛЬ В
ПОПУЛЯЦИИ



Самое основное для клинициста:

- Типичная клиническая картина приступа ГБН – это
 1. **Головная боль незначительная или умеренная по интенсивности,**
 2. **Двусторонняя**
 3. **Непульсирующая**
 4. **Без других ассоциированных признаков**
- Выделяют 3 основных подтипа ГБН, каждый из которых может сопровождаться, а может и не сопровождаться напряжением перикраниальной мускулатуры
 1. **Нечастая эпизодическая ГБН (<1 дня в месяц)**
 2. **Частая эпизодическая ГБН (1-14 дней в месяц)**
 3. **Хроническая ГБН (15+ дней в месяц)**
- Диагноз ГБН устанавливается на основании типичных характеристик следуя критериям МКГБ-3 и отсутствия очаговых неврологических симптомов (кроме возможного напряжения перикраниальных мышц)
- Нейровизуализация **НЕ НУЖНА** для большинства пациентов с первичными головными болями при отсутствии очаговой неврологической симптоматики и устойчивого паттерна головной боли в течение 6 мес и более
- Крайне важно дифференцировать с вторичными головными болями, в том числе с лекарственно-индуцированной головной болью, особенно у пациентов пожилого возраста и с коморбидностями

Episodic tension-type headache diagnostic criteria

Description: Episodes of headache, typically bilateral, pressing or tightening in quality and of mild to moderate intensity, lasting minutes to days. The pain does not worsen with routine physical activity and is not associated with nausea, but photophobia or phonophobia may be present. Increased pericranial tenderness may be present on manual palpation.
A. At least 10 episodes of headache fulfilling criteria B through D. Infrequent and frequent episodic subforms of TTH are distinguished as follows: Infrequent episodic TTH: Headache occurring on <1 day per month on average (<12 days per year). Frequent episodic TTH: Headache occurring on 1 to 14 days per month on average for >3 months (≥12 and <180 days per year).
B. Headache lasting from 30 minutes to seven days.
C. At least two of the following four characteristics: Bilateral location. Pressing or tightening (nonpulsating) quality. Mild or moderate intensity. Not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs.
D. Both of the following: No nausea or vomiting. No more than one of photophobia or phonophobia.
E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

TTH: tension-type headache; ICHD-3: The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition.

Data from: Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38:1.

CHOICE OF INITIAL THERAPY

For patients with pure episodic tension-type headache (TTH) who desire treatment, we **recommend simple analgesics such as nonsteroidal anti-inflammatory drugs** (NSAIDs) or [aspirin](#) ([Grade 1A](#)).

The **combination** of [caffeine](#) with the simple analgesics [acetaminophen](#), [aspirin](#), or [ibuprofen](#) is **more effective** for the treatment of TTH than simple analgesic monotherapy, although **side effects** are likely to be more frequent with combination therapy.

For patients with TTH that is unresponsive or poorly responsive to monotherapy with simple analgesics, we suggest the use of caffeine combined with simple analgesics ([Grade 2A](#)).

Avoiding medication overuse headache is a **major goal** of therapy for TTH. This ideally requires **limitation of acute therapy to nine days per month** on average, and typically a **maximum of two doses per treatment day**. We suggest a "preemptive" prophylaxis approach to avoid the development of medication overuse headache in patients who exhibit an increase in headache frequency or disability, and for those who have long-duration headaches

Терапия:

Простые анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты или аспирин

Ибупрофен – 400 мг

Напроксен натрия – 220-550 мг или

Аспирин – 650-1000 мг

Тем, кто не отвечает на монотерапию – **комбинация** с кофеином (**НО** – ожидаем больше побочных явлений!)

Избежать злоупотребление (лекарственно индуцированную головную боль): ограничить терапию:

- *максимум 2 дозы в день на прием,*
- *не более 9 дней в месяц*

Немедикаментозные методы лечения^{1,2}

- Релаксационная терапия
- Биологическая обратная связь (БОС)
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Кинезиотерапия
- Массаж и мануальная терапия
- Иглорефлексотерапия (ИРТ)
- Физиотерапия



1. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012 // J Headache Pain. 2012 Feb;13 Suppl 1:S1-29. Nestoriuc Y, Martin A . Et al. 2008,

2. Ахмадеева Л.Р. С соавт, 2016, Головачева В.А., Парфенов В.А. 2015

Как оценить успешность терапии?

Tension-type headache in adults: Acute treatment

Author: [Frederick R Taylor, MD](#)

Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Nov 10, 2020**.

JUDGING THE SUCCESS OF ACUTE TREATMENT

Validated criteria for judging the effectiveness of acute TTH therapy in clinical practice are not yet available, but such criteria do exist for acute migraine treatment. In the absence of specific TTH measures, the migraine criteria can be used by practitioners to judge the success of acute TTH treatment and to identify patients who may benefit from a change in therapy.

Reasonable goals for an acute headache treatment regimen include the following:

- Is the patient pain-free and functioning normally in two to four hours (at most) after the treatment?
- Does the treatment work consistently without routine headache recurrence? (ie, is the treatment successful in ≥75 percent of treatments?)
- Is the patient able to plan his or her day? (ie, is disability limited?)
- Is the patient comfortable with the medication side effects? (ie, is it tolerable?)

The treatment should be considered ineffective if two or more of these criteria are consistently not met.

Валидизированных критериев оценки эффективности для клинической практики нет

Адекватные цели оценки режима купирования острой боли:

- Полностью ли исчезла боль и вернулся ли пациент к обычной жизни в течение 2-4 часов после приема препарата?
- Работает ли препарат постоянно – без возврата к головной боли (например, эффективно ли такое лечение в 75%+ случаев?)
- Может ли пациент планировать свой день? (например, нет ограничений жизнедеятельности)
- Может ли пациент мириться с побочными эффектами препарата? (переносимость?)

Лечение считается неэффективным если не удовлетворены 2 или более критериев из вышеперечисленных

Tension-type headache in adults: Acute treatment

Author: [Frederick R Taylor, MD](#)

Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

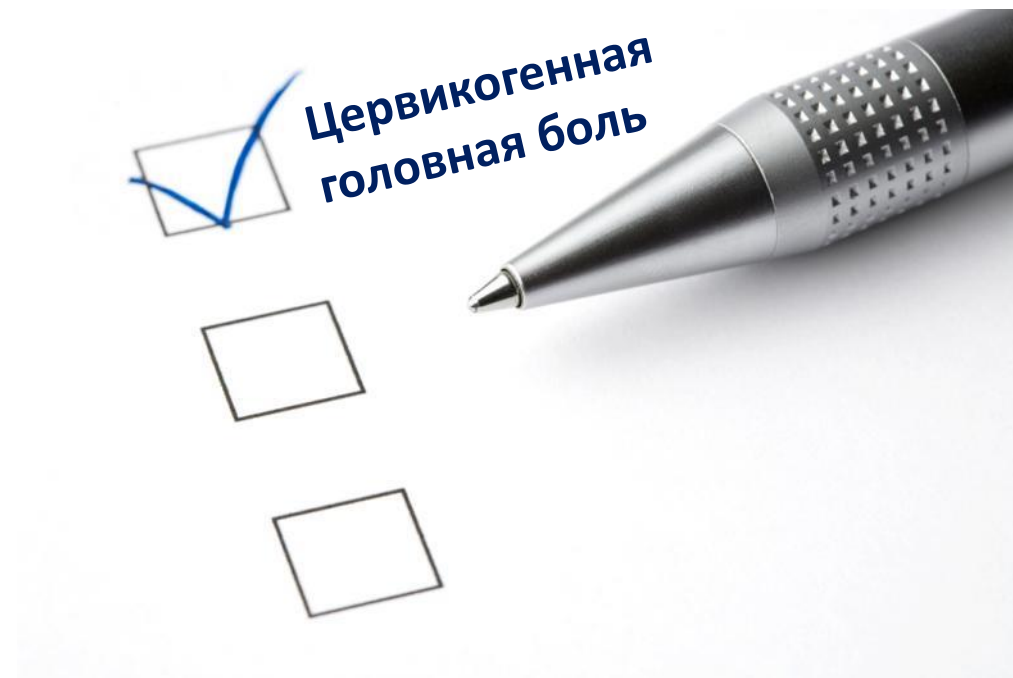
[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Nov 10, 2020**.

Хроническая ГБН часто протекает с коморбидными стрессовыми и тревожными расстройствами, депрессией. В этих ситуациях НПВП не работают или их эффективность мала!





Cervicogenic headache

Author: [James C Watson, MD](#)

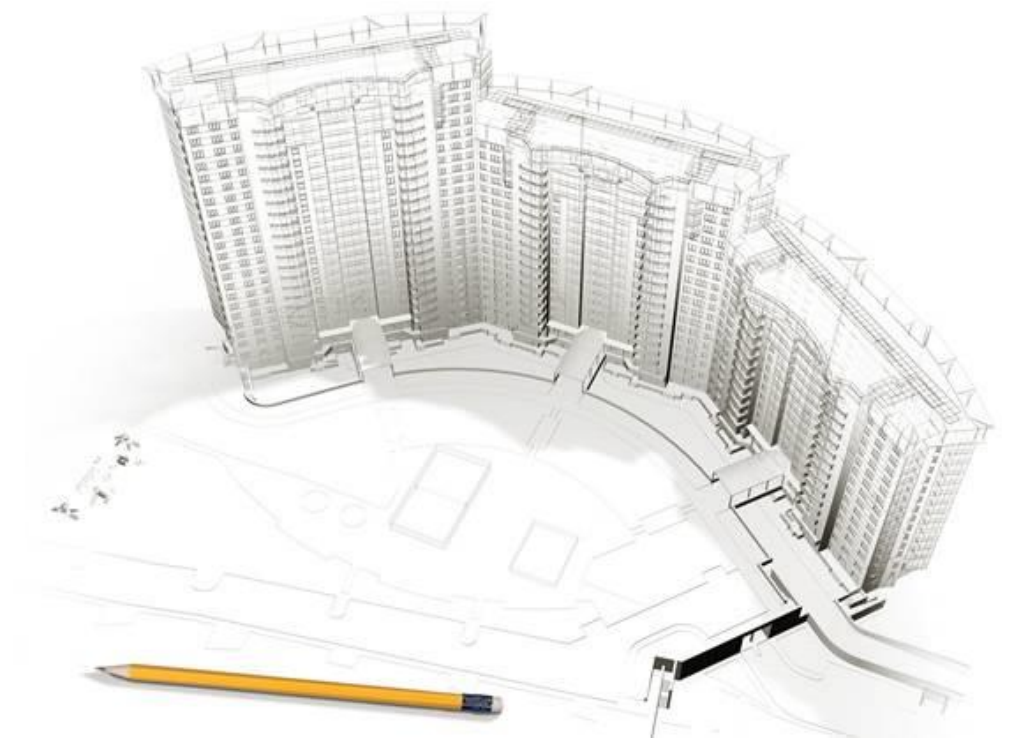
Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Dec 28, 2018**.



0.4 – 4%

Cervicogenic headache

Author: [James C Watson, MD](#)

Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Dec 28, 2018**.

11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

11.1 Headache attributed to disorder of cranial bone

11.2 Headache attributed to disorder of the neck

11.2.1 Cervicogenic headache

11.2. Цервикогенная головная боль

Другие используемые кодировки:

Головные боли, связанные с травмой головы или шеи кодируются как 5. *Головные боли, связанные с травмой или повреждением головы и/или шеи* или один из ее видов.

Описание: Головная боль, вызванная нетравматическим поражением, вовлекающая любую структуру шеи, включая костные, мышечные и другие элементы мягких тканей.

11.2.1. Цервикогенная головная боль

Другие используемые кодировки: головные боли, имеющие причинную связь с миофасциальными источниками боли в шейном отделе (миофасциальные триггерные точки), когда они соответствуют критериям, кодируются как: 2.1.1. *Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц*, 2.2.1. *Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц*, или как 2.3.1. *Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц*. А11.2.5 Головная боль, связанная с шейной миофасциальной болью является альтернативным диагнозом, если есть доказательства того, что этот тип головной боли более тесно связан с другими цервикогенными болями чем с 2. *Головной болью напряжения*.

Очевидно, что есть множество случаев, когда проявления этих двух категорий совпадают, из-за чего диагностика может быть затруднена.

Описание: Головная боль, связанная с поражением шейного отдела позвоночника и составляющих ее костных элементов, диска и/или мягких тканей, **обычно, но не всегда, сопровождается болью в шее.**

Cervicogenic headache

Author: [James C Watson, MD](#)

Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Dec 28, 2018**.



КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

- Односторонняя головная боль флуктуирующая по интенсивности, усиливающаяся от движений головой и иррадиирующая от затылка к лобной области
- Эта головная боль НЕ меняет сторону
- С той же стороны часто сопровождается болью в шее и/или плече

• Другой подход к определению базируется на подтверждении цервикогенной этиологии боли блокадами анестетиками в точки их первопричин в зоне верхних шейных суставов

11.2. Цервикогенная головная боль

Диагностические критерии:

*The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3).
Cephalalgia 2018, vol 28, issue 1.*

А. Любая головная боль, отвечающая критерию **С.**

В. Клинические, лабораторные и/или нейровизуализационные признаки нарушения или повреждения в области шейного отдела позвоночника или мягких тканей шеи, при котором известно, что они могут вызвать головную боль.

С. Причинная связь головной боли с патологией шейной области основывается, как минимум, на двух из следующих характеристик:

1. головная боль развивается в тесной временной связи с началом шейного поражения

2. головная боль значительно улучшилась или разрешилась параллельно с улучшением или разрешением шейного поражения.

3. движения в шее ограничиваются, а головная боль усиливается при проведении провокационных маневров.

4. прекращение боли после диагностической блокады структур шеи или нервных образований

Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Диагностические блокады

Cervicogenic headache

Author: [James C Watson, MD](#)

Section Editor: [Jerry W Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

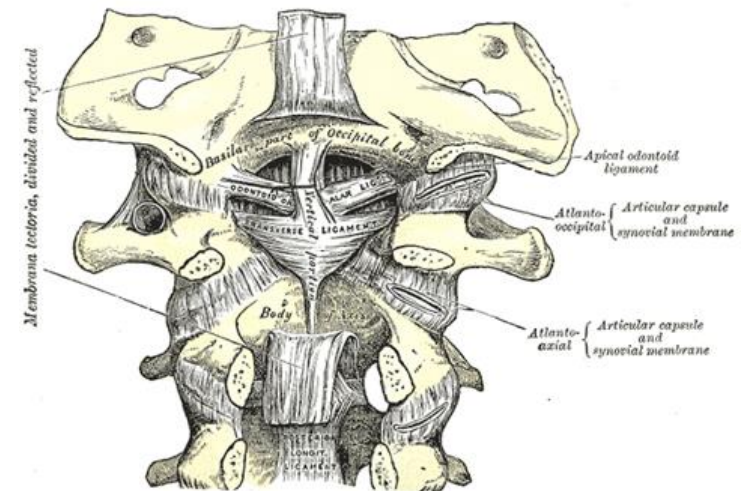
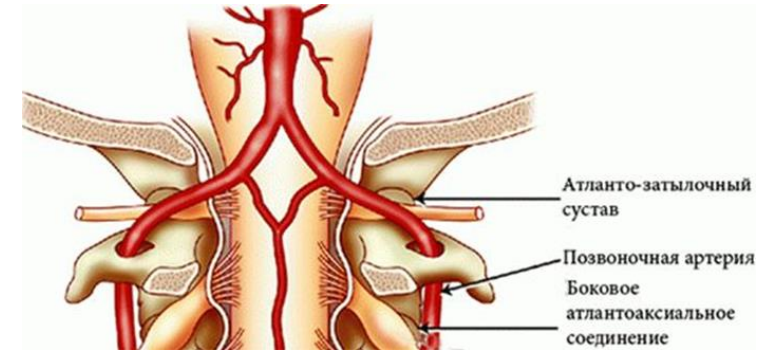
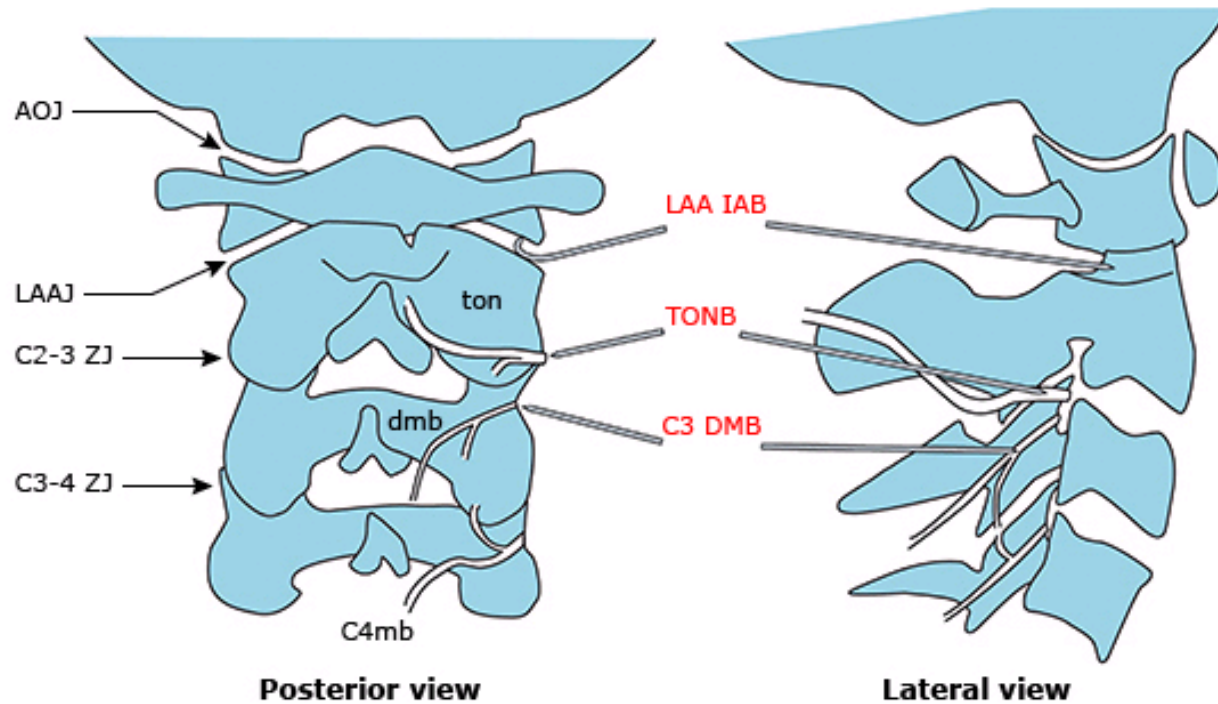
Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Dec 28, 2018**.

Anesthetic blockade of

1. The lateral atlanto-axial joint, by intraarticular blocks
2. The C2-3 zygapophyseal joint, by blocking the third occipital nerve where it crosses the joint
3. The C3-4 zygapophyseal, by blocking the medial branches of the C3 and C4 dorsal rami

can be used to confirm the diagnosis of cervicogenic headache.

Upper cervical spinal nerves



Posterior and lateral views of the upper cervical spine, showing the leading articular sources of cervicogenic headache, the related nerves, and where needles are placed for diagnostic blocks of these structures. Red labels and needles point to target sites for diagnostic blocks.

AOJ: atlanto-occipital joint; C3 DMB: C3 deep medial branch block; C4mb: medial branch of the C4 dorsal ramus; dmb: deep medial branch of the C3 dorsal ramus; LAA IAB: intra-articular block of the lateral atlanto-axial joint; LAAJ: lateral atlanto-axial joint; ton: third occipital nerve; TONB: third occipital nerve block; ZJ: zygapophysial joint.

Reproduced from: Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. *Lancet Neurol* 2009; 8:959. Illustration used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

Цервикогенная головная боль: лечение

Cervicogenic headache

Author: [James C. Watson, MD](#)

Section Editor: [Jerry W. Swanson, MD, MHPE](#)

Deputy Editor: [Richard P. Goddeau, Jr., DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Dec 2020**. | This topic last updated: **Dec 28, 2018**.

НЕТ одного алгоритма с доказанной эффективностью

- Физическая терапия ([Grade 2C](#)).

However, high-velocity cervical manipulation techniques are associated with a risk of ischemic vertebrobasilar territory stroke and should **not** be used as part of the treatment regimen. (See '[Treatment](#)' above and '[Physical therapy](#)' above.)

- Если пациент не отвечает на физическую терапию и у него подтверждена цервикогенная головная боль диагностическими блокадами – радиочастотная нейротомия 3го затылочного нерва ([Grade 2C](#)).
- Если пациент не хочет нейротомию – внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов ([Grade 2C](#)).

расстояние от глаз до центра экрана (0,375–0,75 м)

угол зрения 15°–25°

угол сгибания локтевого сустава 90°

угол между спинкой и сиденьем кресла 10°–30°

угол между спинкой кресла и сиденьем 100°–120°

подставка под запястья

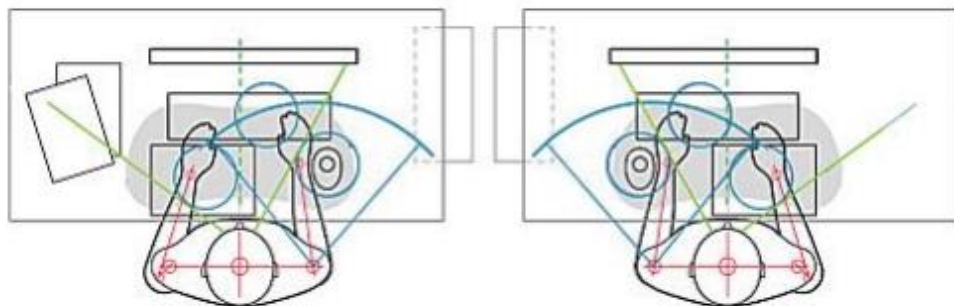
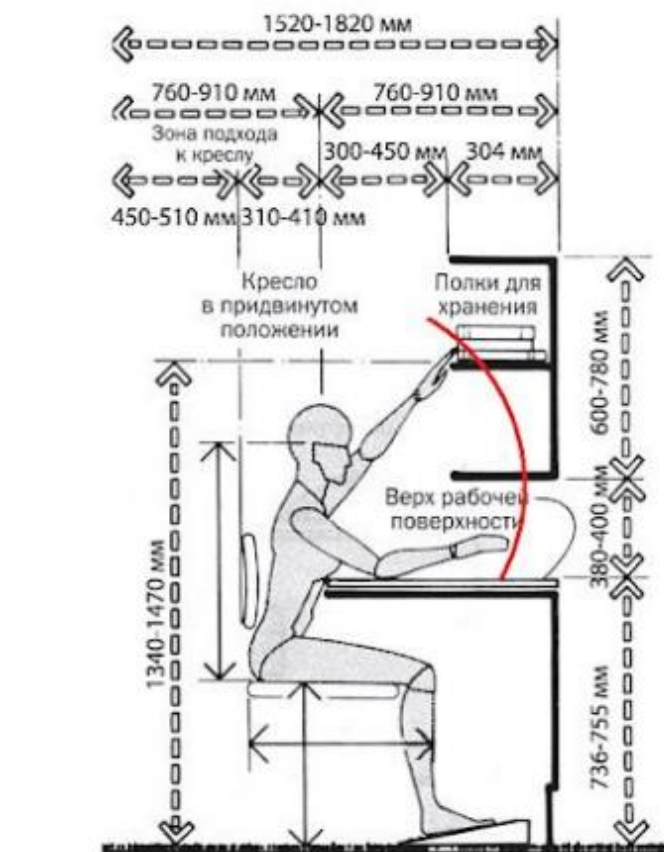
подставка под ноги 2,5–5 см

расстояние от пола до центра экрана (0,8–1,9 м)

угол сгибания коленного сустава 90°

расстояние от пола до столешницы (0,6–0,8 м)

расстояние от пола до сиденья кресла (0,375–0,5 м)





Dissection of the internal carotid or vertebral artery is an **important** consideration in cases of suspected **acute** cervicogenic headache.

In addition, the differential diagnosis includes posterior fossa lesions, **migraine**, and tension-type headache, particularly when head pain is chronic.

UpToDate® headache adult

Contents Calculators Drug Interactions UpToDate Pathways

< Back

> **Cervicogenic headache**

Author: [James C. Watson, MD](#)
Section Editor: [Jerry W. Swanson, MD, MHPE](#)
Deputy Editor: [Richard P. Goddeau, Jr., DO, FAHA](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.
Literature review current through: Aug 2020. | This topic last updated: Dec 28, 2018.

Importantly, the ICHD-3 criteria state that the headache **should be coded as tension-type headache** when cervical myofascial pain is believed to be the cause of headache.

Диагностировать и кодировать как ГБН если причина боли миофасциальная

Невралгия затылочного нерва – отдельный диагноз

Мигрень плохо распознается врачами

- Правильный диагноз «Мигрень» не устанавливается у 60% женщин и 70% мужчин, страдающих этой ГБ
- По данным эпидемиологических исследований ошибочный диагноз устанавливается примерно в 50% случаев

Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache. 2001;41(7): 646-657.



Отдельный новый подраздел в МКБ-11

Мигрень

09 Болезни нервной системы/Головная боль

8A80.0 Мигрень без ауры

8A80.1 Мигрень с аурой

8A80.2 Хроническая мигрень

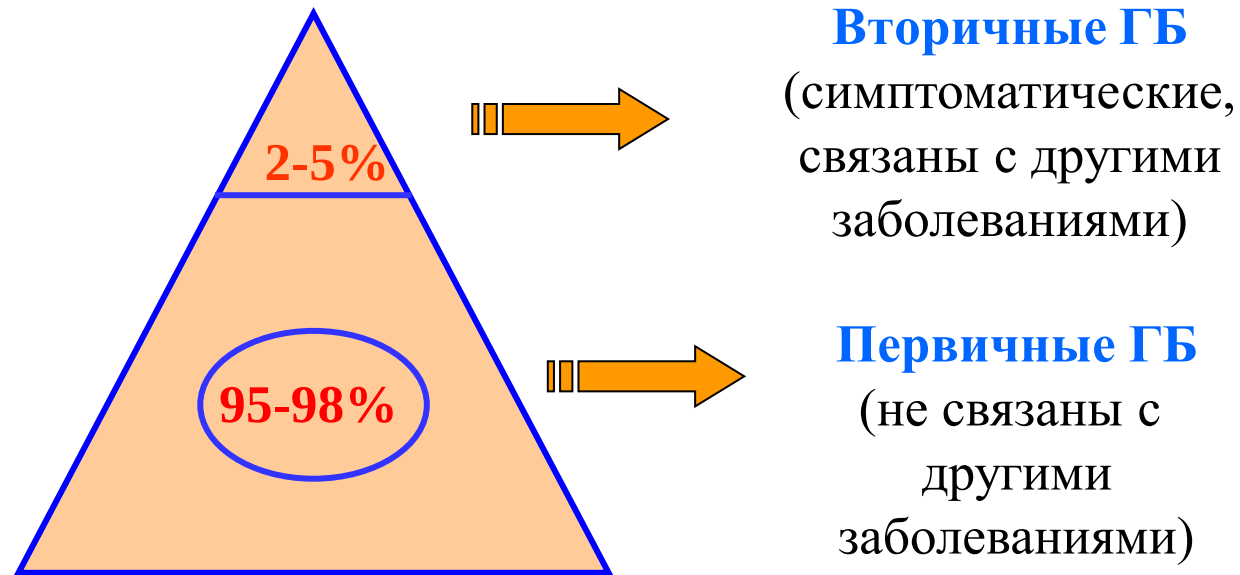
8A80.3 Осложнения, связанные с мигренью

8A80.4 Синдром циклической рвоты

8A80.Y Другая уточненная мигрень

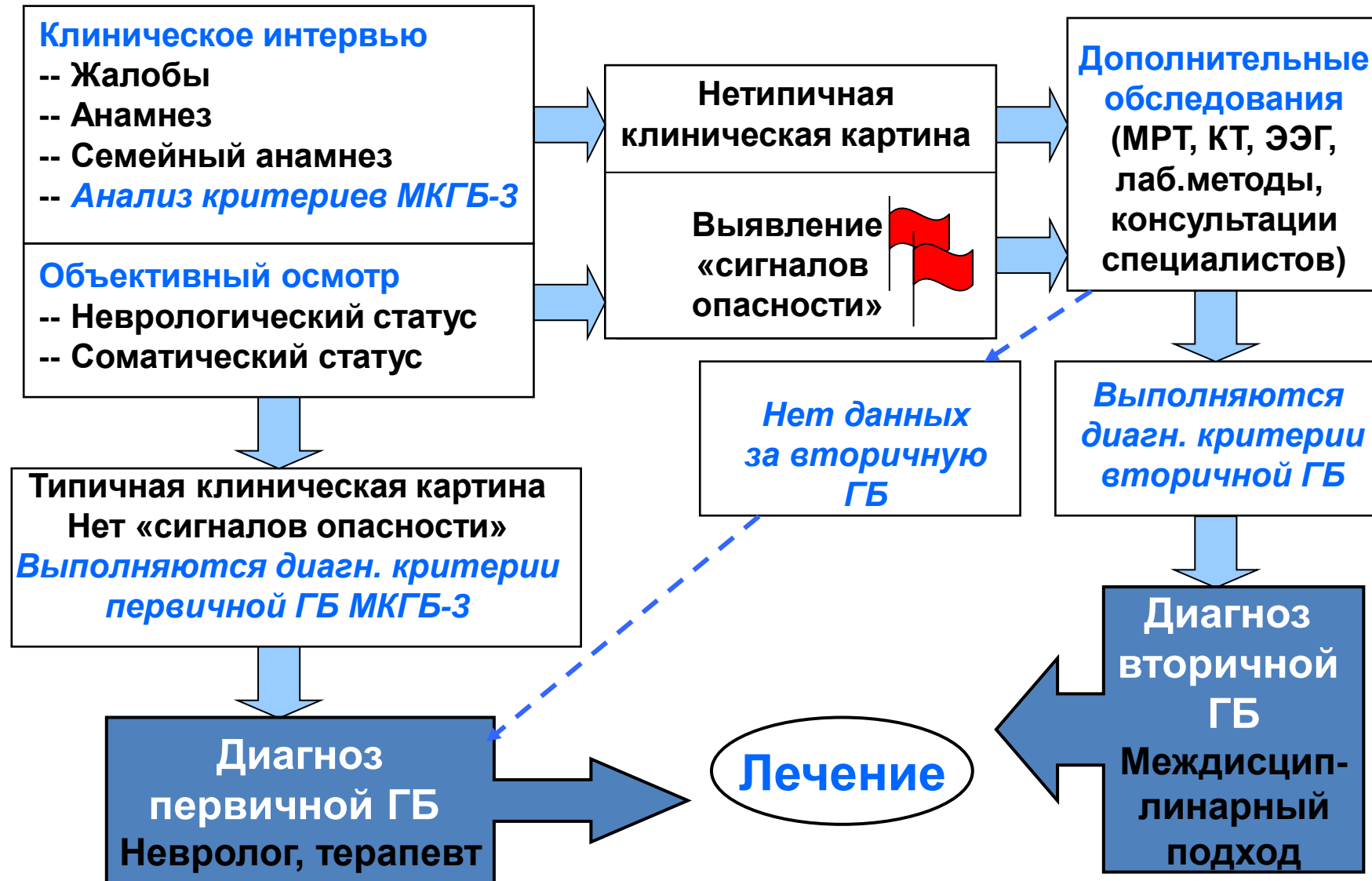
8A80.Z Мигрень неуточненная

Соотношение первичных и вторичных ГБ

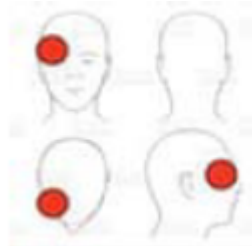


ВВ! Только в 2-4% ГБ является симптомом тяжелого угрожающего жизни заболевания

Головная боль: диагностический алгоритм (проф. В.В.Осипова, 2020г)



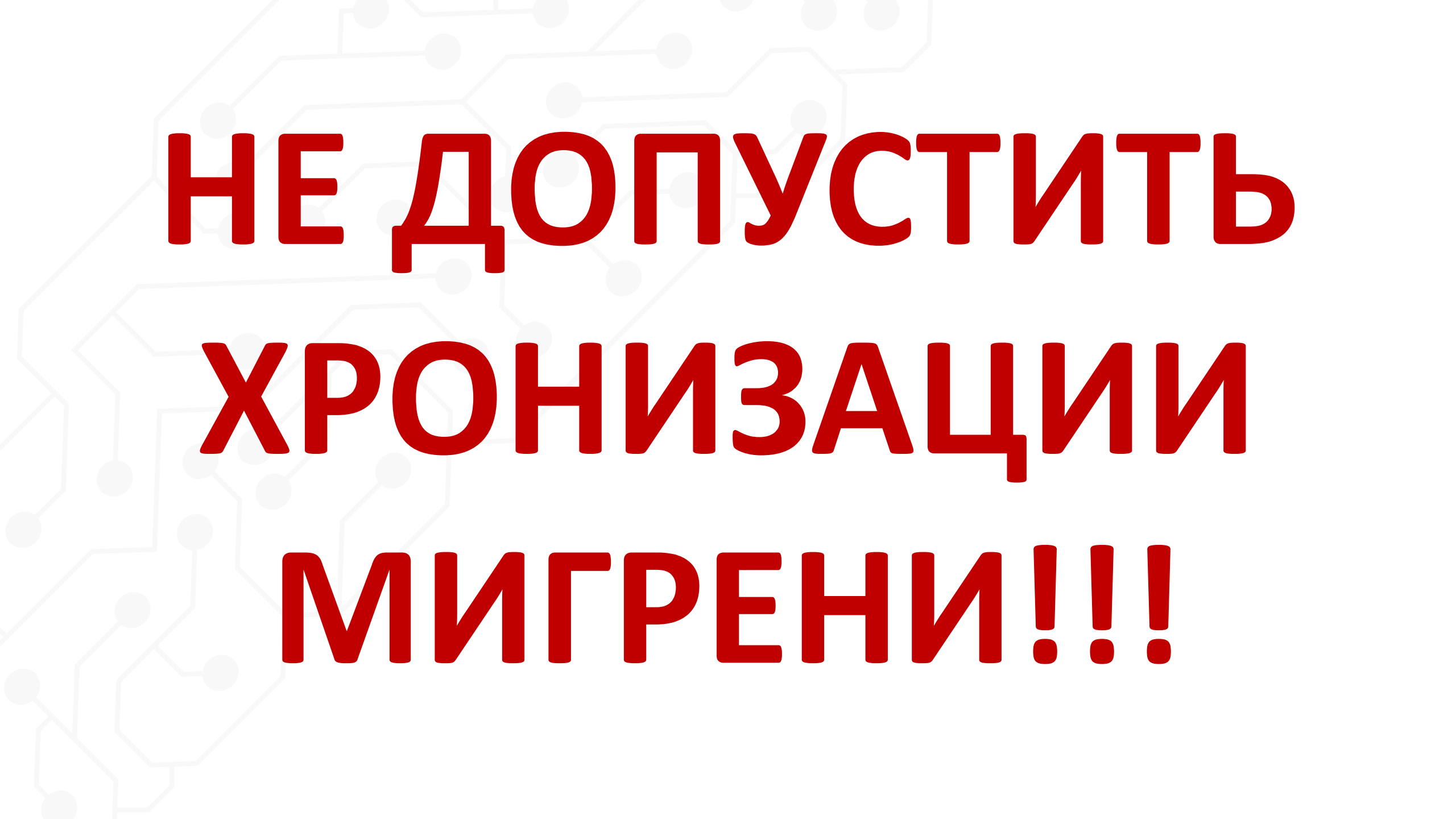
Основные клинические проявления первичных ГБ (May A., 2018)

симптом	Мигрень	ГБН	Кластерная ГБ
			
Фотофобия	+	(+) или	-
Фонофобия	+	(+)	-
Тошнота/рвота	+	-	-
Аура	(+)	-	-
Слезотечение/риноррея	-	-	+
Строго с одной стороны	-	-	+
Ответ на терапию триптанами	+	-	+
Ответ на терапию индометацином	-	-	-

Рекомендации Европейской федерации по изучению головной боли

Адаптировано из: 1.Steiner T. J. et al. European Headache Federation; Lifting the Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache disorders in primary care. J Headache pain.2007; 8 Suppl 1: S3-47.

Клиническая ситуация	Первая линия терапии, уровень рекомендаций А
Умеренная и выраженная степень тяжести мигрени	<i>ТРИПТАНЫ</i>
Слабая или умеренная степень тяжести мигрени и плохой ответ на неспецифическое лечение (НПВС и/или анальгетики)	<i>ТРИПТАНЫ</i>
Слабая или умеренная степень тяжести мигрени, без выраженного снижения работоспособности	<u>НПВС</u> и/или анальгетики



**НЕ ДОПУСТИТЬ
ХРОНИЗАЦИИ
МИГРЕНИ!!!**

Профилактическое лечение мигрени

Препарат	Доза, мг	Уровень доказательности
В-блокаторы		
Метопролол	50-200	A
Пропранолол	80-240	A
Антиконвульсанты		
Вальпроевая кислота	500-800	A
Топирамат	25-100	A
Ботулинический токсин типа A	155-195 Ед	A
Антидепрессанты		
Амитриптилин	50-150	B
Венлафаксин	75-150	B
Кандесартан	8-16	C

+ появились новые препараты (CGRP!)

Длительность
лечения
не менее 6-12
месяцев!



Как узнать больше о проблеме головной боли?

www.headache.ru

www.painrussia.ru

www.paininfo.ru

www.ihs-headache.org

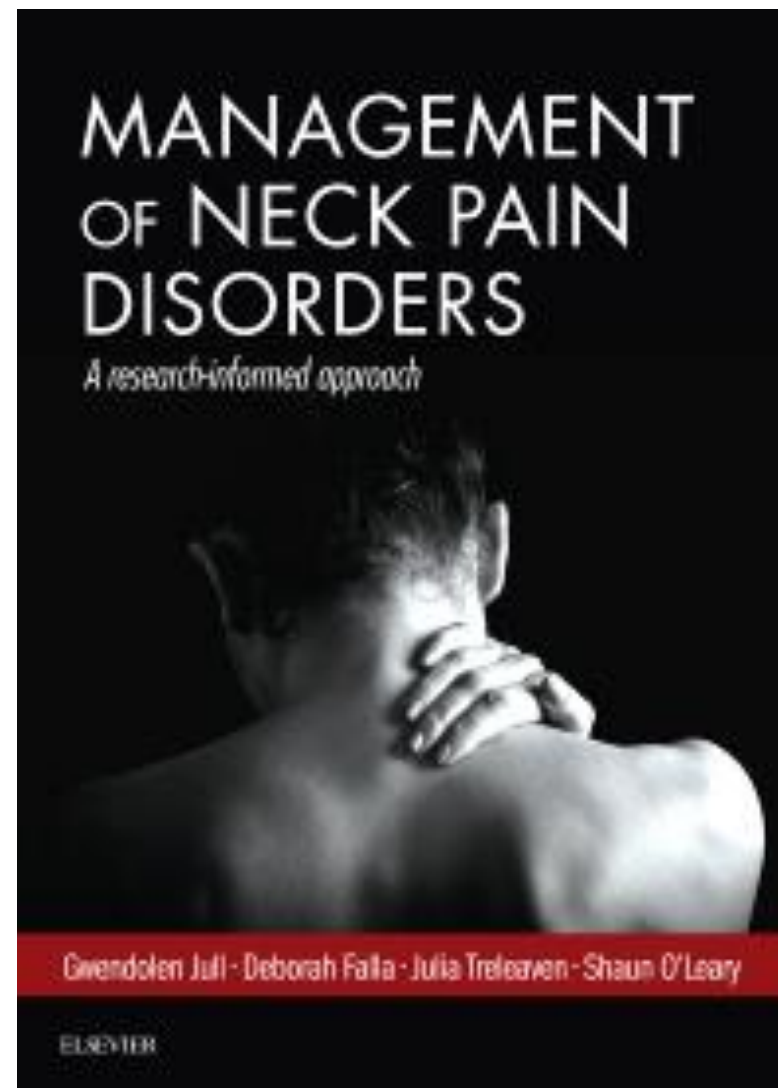
(МКГБ-3, 2018)

www.ehf.org

www.w-h-a.org

Лечение боли в шее

- В 2018 году вышла книга «Лечение боли в шее», написанная британским реабилитологом и австралийскими физиотерапевтами.
- Все авторы являются признанными авторитетами в лечении боли в шее.
- В книге коротко и ёмко освещены самые современные представления о боли в шее и её лечении.



Jull G., Fala G., O'Leavy S. Management of neck pain disorders. Elsevier. 2018.



Если ты сам рубишь дрова, то
согреваешься ими дважды.

С т и в Д ж о б с



Цервикокраниалгия: как помочь пациенту?



Профессор Ахмадеева Лейла Ринатовна
www.ufaneuro.org