



¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

² Международное общество «Стресс под контролем»

³ Областной лечебно-реабилитационный центр, Тюмень

⁴ Клиника по лечению позвоночника и суставов, Москва

⁵ Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва

Цервикогенная головная боль: актуальное об известном

Е.С. Акарачкова¹, М.С. Дулаева², О.В. Котова¹, Д.И. Лебедева³, И.А. Радченко⁴, Е.В. Травникова⁵

Адрес для переписки: Елена Сергеевна Акарачкова, nevrorus@mail.ru

В статье проанализирована правомерность использования диагноза «цервикокраниалгия». Указаны причины и клинические симптомы цервикогенной головной боли. Представлен алгоритм диагностики и ведения пациентов с цервикогенной головной болью.

Ключевые слова: боль в шее, головная боль, цервикогенная головная боль, Мовалис, реабилитация, статодинамическая лечебная физкультура

Введение

Среди всех рецидивирующих головных болей на долю цервикогенной головной боли приходится 15–20%. Боль может дебютировать в любом возрасте [1]. Отмечается, что у женщин она встречается несколько чаще. Кроме того, вероятность возникновения данного типа боли выше у пациентов, перенесших сотрясение головного мозга или травму шеи [2, 3].

Термин «цервикогенная головная боль» был введен в практику почти три десятилетия

назад. Однако первые описания клинических особенностей таких болей были сделаны более 100 лет назад. И до сих пор клиническая оценка и субъективное описание симптомов являются определяющим диагностическим фактором.

Международное общество по изучению головной боли (International Headache Society – IHS) в 2013 г. рекомендовало рассматривать цервикогенную головную боль как вторичную головную боль, возникающую вследствие нарушений в шейном отделе позвоночника,

включая костные структуры, межпозвоночные диски, а также структуры мягких тканей, патология которых часто сопровождается болью в шее [4].

Низкое качество жизни пациентов с цервикогенной головной болью сопоставимо с таковым при мигрени и головной боли напряжения, но показатели физического функционирования у пациентов с цервикогенной головной болью хуже [5].

Причины цервикогенной головной боли

Цервикогенная головная боль – это вторичная хроническая головная боль, которая возникает в атлантозатылочном и верхнем шейном суставе и ощущается в одной или нескольких областях головы и/или лица (рис. 1). Боль становится следствием изменений или повреждений шейного отдела и анатомических особенностей тригеминальных



и цервикальных афферентов, входящих в верхние сегменты спинного мозга. В настоящее время доказано, что источником боли могут быть структуры верхнего шейного отдела позвоночника. Как правило, это уровни C1, C2 и C3 позвонков, который включает в себя суставы, диски, связки и мышцы. Нижние шейные позвонки могут играть косвенную роль в формировании клинических симптомов боли [4].

Описание и клинические проявления

Цервикогенная головная боль имеет клинические особенности (табл. 1, рис. 2 и 3), которые позволяют дифференцировать ее с наиболее частыми первичными головными болями: мигренью, головной болью напряжения, кластерной головной болью:

- 1) односторонняя локализация боли;
- 2) провокация головной боли при давлении на мышцы шеи, движениях головой, а также распространение боли сзади кпереди [6].

Однако не всегда клинические проявления дают возможность поставить однозначный диагноз. Нередко на практике цервикокраниалгия и наиболее частые формы первичной головной боли могут сочетаться. Поэтому дифференциальная диагностика в менее типичных случаях может быть затруднена. Например, у пациента с цервикогенной головной болью иногда могут присутствовать такие мигренозные симптомы, как тошнота, рвота и фото- и фонофобия.

Повреждения верхнего шейного отдела позвоночника в результате опухоли, переломов, инфекций и ревматоидного артрита могут вызвать головную боль, которая клинически проявляется так же, как и цервикокраниалгия.

Шейный спондилез и остеохондроз, например, у пациентов старше 40 лет, могут удовлетворять диагностическому критерию В наличия цервикогенной головной боли (IHS 2013): «клинические, лабораторные и/или невровизуализационные признаки нарушения или повреждения в шейном отделе позвоночника

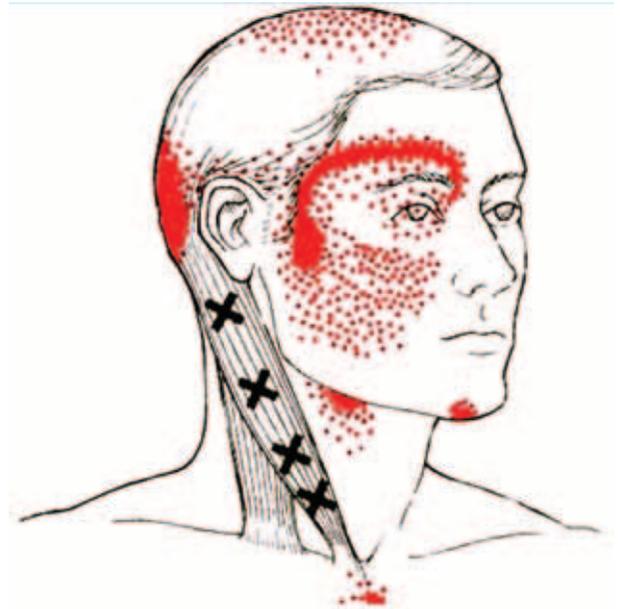


Рис. 1. Цервикогенная головная боль (возможная локализация боли выделена красными точками)

или мягких тканей шеи, которые способны вызывать головную боль» (табл. 2).

Если головная боль вызвана шейным миофасциальным болевым синдромом, следует задуматься о головной боли напряжения.

Таблица 1. Основные отличительные характеристики цервикогенной головной боли, кластерной головной боли, мигрени и головной боли напряжения

Тип	Локализация	Интенсивность	Частота	Продолжительность	Дополнительные симптомы
Цервикогенная головная боль	Затылочно-лобно-височная и орбитальная	От умеренной до сильной	Эпизоды или постоянная хроническая	От одного часа до недели	Не пульсирующая, не стреляющая, начинается из области шеи. Провоцируется движением шеи или положением головы. Могут быть незначительные симптомы тошноты, фото- и фонофобии
Кластерная головная боль	Односторонняя (орбитальная, супраорбитальная, височная области)	Сильная, резкая	Серия приступов в течение суток на протяжении нескольких недель	15–180 минут	На стороне боли: инъекция склеры, слезотечение, заложенность носа, ринорея, потливость в области лба и лица, миоз, птоз, отечность век. Возбуждение или ажитация. Движения шеи не провоцируют приступ
Головная боль напряжения	Двусторонняя	Умеренная, средняя	От единичных эпизодов до трех месяцев	Несколько часов	Давящая, сжимающая. Может быть один из симптомов: фотофобия, фонофобия или тошнота. Движения шеи не провоцируют приступ
Мигрень без ауры	Односторонняя: лобно-височная у взрослых, затылочная у детей	От средней до интенсивной	До нескольких дней в месяц	4–72 часа	Пульсирующая боль, тошнота, рвота, фото- и фонофобия, светобоязнь. Движения шеи не провоцируют приступ

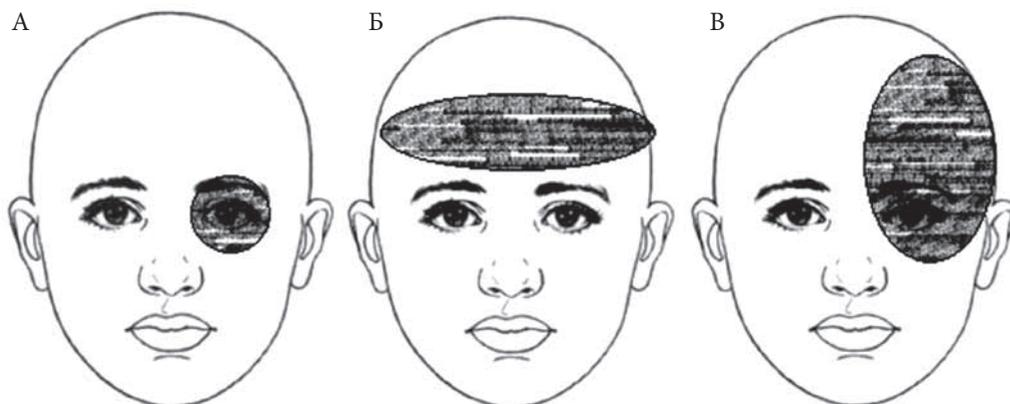
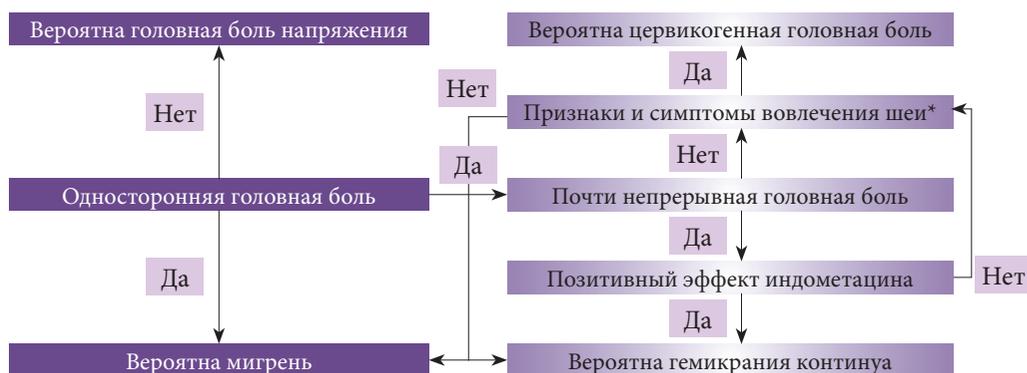


Рис. 2. Локализация разных типов головной боли: А – кластерная; Б – головная боль напряжения; В – мигрень



* Боль вызвана давлением на триггерные точки на шейном уровне, ограничен диапазон движений в шее, иррадиация боли в ипсилатеральное плечо и, возможно, руку.

Рис. 3. Алгоритм дифференциальной диагностики односторонних головных болей [6]

Таблица 2. Диагностические критерии цервикогенной головной боли (IHS 2013) [4]

Обозначение	Описание
A	Любая головная боль, соответствующая критерию C
B	Клинические, лабораторные и/или нейровизуализационные признаки нарушения или повреждения в шейном отделе позвоночника или мягких тканей шеи, которые способны вызывать головную боль
C	Доказательства причинной связи с патологией шейной области основываются, по крайней мере, на двух из следующих симптомов: 1) развитие головной боли связано по времени с повреждением шеи; 2) головная боль значительно уменьшается или разрешается параллельно с улучшением или разрешением шейной патологии; 3) амплитуда цервикальных движений снижена и головная боль усиливается при провокационных маневрах; 4) головная боль прекращается в результате диагностической шейной блокады
D	Не объясняется лучше другим диагнозом ICHD-3

Примечание. ICHD – International Classification of Headache Disorders – Международная классификация головной боли.

Хлыстовая травма также может быть причиной головной боли, если возникновение боли и травма шейного отдела позвоночни-

ка тесно связаны по времени. При этом головные боли при хлыстовой травме, как правило, кратковременны и в большинстве

случаев имеют клинические проявления, схожие с головной болью напряжения или кластерной головной болью. Морфологические нарушения при нейровизуализации также не всегда обязательны. Для цервикогенной головной боли характерны ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника, болезненность шейных мышц, изменения мышечного тонуса или реакция на их пассивное или активное растяжение. Обычно боли сочетаются с функциональным блоком на верхнем шейном уровне. Частой причиной цервикогенных головных болей является синдром нижней косой мышцы. Спазмированная мышца может сдавливать проходящий под ней сосудисто-нервный пучок (сегмент позвоночной артерии, с периапериальным симпатическим сплетением, затылочные нервы), типично развитие парестезий в волосистой части головы, иногда возникает боль при причёсывании. Стимуляция шейных структур вызывает боль, анестезия уменьшает ее [7].

Диагностика

Специалисты IHS в 2013 г. обновили диагностические критерии цервикогенной головной боли (см. табл. 2), присвоили ей код 11.2.1. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра такая подробная характеристика цервикогенной головной боли отсутствует, но есть адаптированный к реальной клинической практике код M53.0 («Шейно-черепной синдром»). При этом диагноз должен включать в себя вариант течения заболевания (острая или хроническая боль), его фазу (обострение, неполная ремиссия, ремиссия), выраженность болевых и мышечно-тонических проявлений.

В 2016 г. исследователи из Испании, Бельгии и США предположили, что дифференциальная диагностика головных болей должна проводиться с применением субъективного и детального физического обследования шейного отдела позвоночника. Это особенно



важно для цервикогенной головной боли – одной из форм вторичной головной боли при патологии шеи. Изучение метаанализов из четырех электронных баз данных (MEDLINE, Web of Science, Embase, Scopus) показало, что Шейный сгибательно-ротационный тест (Cervical Flexion-Rotation Test), разработанный J. Dvorak и соавт. в 1992 г. [8], имеет самую высокую надежность и может считаться наиболее точным методом диагностики цервикокраниалгии [9]. Важное условие при проведении теста – пациент не должен ощущать боль. Шея пациента сгибается пассивно. Врач поворачивает шею в стороны до тех пор, пока его руки не почувствуют сопротивление или пока пациент не скажет о возникновении неприятных болевых ощущений. В этой «конечной» точке врач делает визуальную оценку диапазона вращения. Тест считается положительным, когда диапазон движений сокращен более чем на 10° от ожидаемого нормального диапазона 44°.

Дифференциальный диагноз

Важно, что никаких специфических признаков в неврологическом статусе при цервикогенной головной боли не определяется. Поэтому следует обращать внимание на «красные флажки» (факты и симптомы, которые могут свидетельствовать о наличии других заболеваний):

- ✓ внезапное начало новой интенсивной головной боли;
- ✓ резкое ухудшение и изменение клинических проявлений уже существующей головной боли при отсутствии очевидных предрасполагающих факторов;
- ✓ головная боль, обусловленная лихорадкой, ригидностью затылочных мышц, сыпью на коже, онкологическим заболеванием в анамнезе, ВИЧ или другим системным заболеванием;
- ✓ головная боль, утратившая типичные симптомы и сопровождающаяся другими очаговыми неврологическими проявлениями;

Таблица 3. Выбор формы введения Мовалиса в зависимости от интенсивности болевого синдрома по принципу ступенчатой терапии

Выраженность боли	Характеристика	Лечение
Сильная	Мешает основным физиологическим потребностям	Инъекции Мовалис 1,5 мл/15 мг один раз в сутки. Далее перорально 15 мг один раз в сутки
Умеренная	Мешает повседневной активности, нарушает концентрацию внимания	Таблетки Мовалис 15 мг или суспензия Мовалис 15 мг (две мерные ложки) один раз в сутки
Слабая	Беспокоит, но не мешает повседневной активности	Таблетки Мовалис 7,5 мг или суспензия Мовалис 7,5 мг (одна мерная ложка) один раз в сутки

- ✓ умеренная или сильная головная боль, вызванная кашлем, напряжением;
- ✓ дебют головной боли во время или после беременности;
- ✓ дебют головной боли после травмы;
- ✓ стойкие и/или прогрессирующие головные боли;
- ✓ новая головная боль у пациентов старше 50 лет.

Кроме того, необходимо провести дообследование (ультразвуковую доплерографию сосудов головы и шеи с функциональными пробами (поворотами головы), магнитно-резонансную томографию головного мозга и краниовертебрального перехода для исключения очаговой патологии) (табл. 3).

Лечение

Среди основных мишеней лечебного воздействия – боль, миофасциальная дисфункция и нарушение биомеханических характеристик позвоночного столба. При этом терапия должна быть комплексной, воздействовать на все звенья патогенеза и сочетать медикаментозные, хирургические, физиотерапевтические методы.

В клинической практике с успехом применяются эпидуральное цервикальное введение стероидов при дегенеративном повреждении позвоночника, нервные блокады, инъекции в триггерные точки, воздействие на которые позволяет предотвратить развитие центральной сенситизации. Назначаются трициклические ан-

тидепрессанты, миорелаксанты, инъекции ботулотоксина. Может быть проведено хирургическое вмешательство (нейротомия, дорзальная ризотомия, микроваскулярная декомпрессия нервных корешков).

Безусловно, первой задачей лечения является обезболивание. Наиболее адекватным способом купирования боли считается использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). НПВП полезны как для купирования атаки головной боли, так и при курсовом лечении [10]. В настоящее время доказано, что из целого ряда НПВП оригинальный мелоксикам (Мовалис) характеризуется не только низким коморбидным риском развития соматических побочных эффектов, но и благоприятным профилем безопасности при сочетанной терапии как в ближайшей, так и отдаленной перспективе [11, 12].



Рис. 4. Скорость высвобождения действующего вещества из лекарственной формы [13]

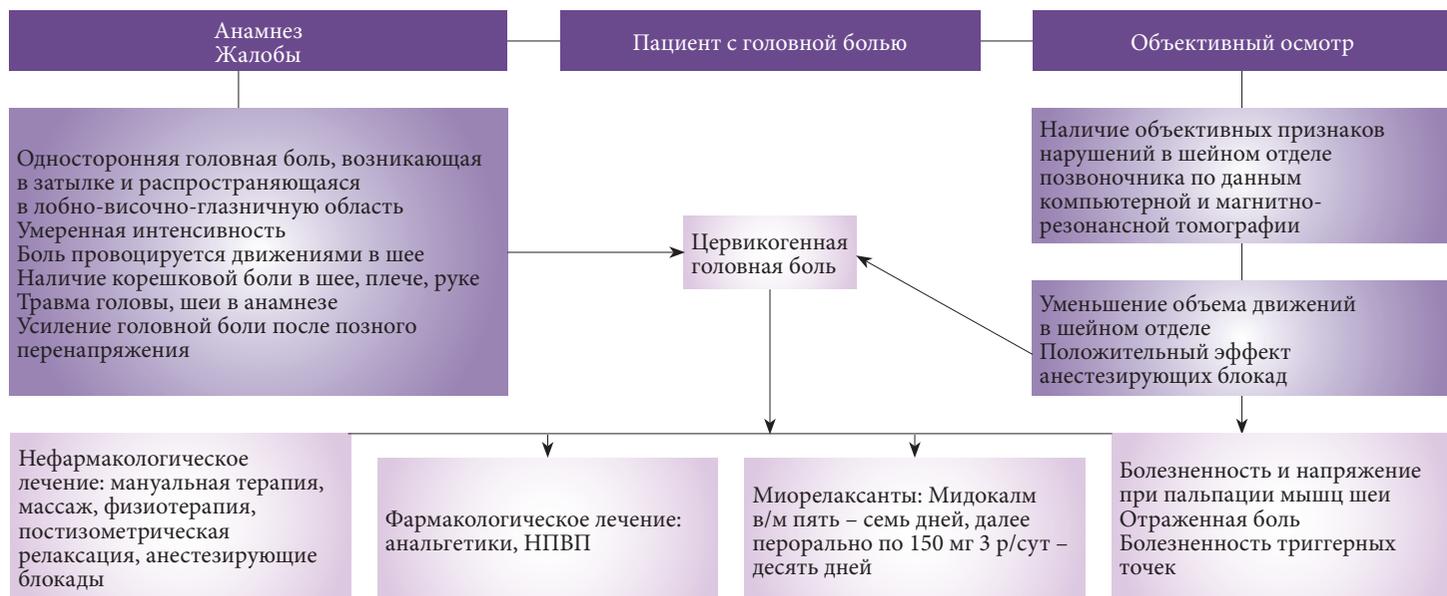


Рис. 5. Алгоритм диагностики и ведения пациентов с цервикогенной головной болью [17]

Итак, эффективность НПВП терапии зависит в первую очередь от скорости развития анальгетического эффекта, что в первую очередь определяется формой введения препарата (рис. 4) [13]. Наиболее эффективна ступенчатая терапия, когда объем лечения определяется интенсивностью болевого синдрома. При внутримышечном введении Мовалиса в дозе 15 мг/сут в течение первых трех – пяти дней достигается значимое снижение интенсивности боли, и это дает возможность начать реабилитационные мероприятия. Для удержания терапевтического эффекта и расширения активности пациента рекомендуется прием Мовалиса перорально в виде суспензии в дозе 7,5 мг однократно или два раза в сутки при необходимости или в виде таблеток в дозе 15 мг/сут в течение 14–20 дней (табл. 3). Стойкий терапевтический эффект возможен при сочетании манипулятивных и физиотерапевтических методов, в том числе лечебной физкультуры (упражнения, направленные на укрепление глубоких сгибателей шеи и мышц шейно-затылочной области). Такое

физиотерапевтическое вмешательство позволяет эффективно уменьшить симптомы цервикогенной головной боли и снизить потребление лекарств как в краткосрочной перспективе, так и в течение года наблюдения за пациентами [5, 14]. В 2016 г. опубликован обзор рандомизированных контролируемых исследований (исследование PRISMA). В нем было отмечено, что регулярное выполнение статодинамических физических упражнений (в первую очередь самостоятельно в домашних условиях) является важным терапевтическим фактором в лечении цервикалгии и цервикогенной головной боли в комбинации с другими консервативными методами. В результате значимо повышался уровень функционирования и улучшалось качество жизни пациентов [15]. В августе 2016 г. исследователи из Канады, Нидерландов и США опубликовали результаты совместного метаанализа эффективности упражнений у взрослых пациентов, страдавших болью в шее с цервикогенной головной болью и без нее или радикулопатией. Оценивались выраженность

боли, дисфункция, нетрудоспособность, удовлетворенность качеством жизни. В анализ были включены только рандомизированные контролируемые исследования из базы Cochrane. Было установлено, что боль в шее значительно ухудшает работоспособность. Кроме того, боль наносит экономический ущерб как пациенту, так и государству. Физические упражнения продемонстрировали эффективность, позволив снизить выраженность болевого синдрома, повысить активность и качество жизни пациентов [16]. Удобный для применения в клинической практике алгоритм диагностики и ведения пациентов с цервикогенной головной болью был предложен Г.Р. Табеевой (рис. 5) [17].

Заключение

Цервикогенная головная боль – хорошо известный в реальной практике синдром. В большинстве случаев врачу несложно диагностировать этот вид боли и отличить от головной боли напряжения и мигрени. О цервикогенной головной боли свидетельствуют такие дифференциальные признаки, как односторонняя го-

МОВАЛИС®

МЕЛОКСИКАМ

Движение к новой цели!

20 ЛЕТ
УСПЕХА
В РОССИИ



Реклама

- 45 000 000 упаковок в России¹
- 75% врачей в России выбирают Мовалис²
- Более 300 000 пациентов в год в России¹
- 230 клинических исследований в мире¹
- Более 30 000 пациентов в исследованиях³



Сокращенная информация по медицинскому применению препарата МОВАЛИС®

МНН: мелоксикам Лекарственная форма: таблетки (П N012978/01); суспензия для приема внутрь (ЛС-001185); раствор для внутримышечного введения (П N014482/01).

Фармакотерапевтическая группа: Нестероидный противовоспалительный препарат – НПВП. **Показания к применению:** Остеoarтирит (артроз; дегенеративные заболевания суставов); в том числе с болевым компонентом; ревматоидный артрит; анкилозирующий спондилит; ювенильный ревматоидный артрит (суспензия для приема внутрь); другие воспалительные и дегенеративные заболевания костно-мышечной системы; такие как артропатии; дорсопатии (например; ишиас; боль внизу спины; плечевой перiarтирит и другие); сопровождающиеся болью.

Противопоказания: Гиперчувствительность; сочетание БА; рецидивирующего полипоза носа и околоносовых пазух; ангионевротического отека или крапивницы; вызванных непереносимостью НПВП; эрозивно-язвенные поражения

желудка и двенадцатиперстной кишки; воспалительные заболевания кишечника; тяжелая почечная; печеночная и сердечная (р-р для в/м введения; таблетки) недостаточность; активное заболевание печени (р-р для в/м введения); гиперкальциемия; прогрессирующее заболевание почек; активное ЖК кровотечение; недавно перенесенные цереброваскулярные кровотечения; заболевания свертывающей системы крови; тяжелые неконтролируемые СС заболевания; беременность; грудное вскармливание; непереносимость фруктозы (суспензия для приема внутрь); галактозы (таблетки); не рекомендуется детям до 12 лет (при показаниях отличных от ЮРА); возраст до 18 лет (р-р для в/м введения); сопутствующая терапия антикоагулянтами (р-р для в/м введения). **С осторожностью:** Заболевания ЖКТ в анамнезе; сердечная недостаточность; пожилой возраст; почечная недостаточность; ИБС; цереброваскулярные заболевания; дислипидемия/гиперлипидемия; сахарный диабет; сопутствующая терапия следующими препаратами: антикоагулянты; пероральные ГК; антиагреганты; селективные

ингибиторы обратного захвата серотонина; заболевания периферических артерий; одновременный прием других НПВП; одновременный прием метотрексата в дозировке более 15 мг/неделя; длительное использование НПВП; курение; алкоголизм. **Способ применения и дозы:** Рекомендуемая доза составляет 7,5 мг или 15 мг 1 раз в сутки. Максимальная рекомендуемая суточная доза – 15 мг. **Побочное действие:** Анемия; изменения числа клеток крови; реакции гиперчувствительности немедленного типа; головная боль; головокружение; сонливость; изменение настроения; спутанность сознания; дезориентация; вертиго; конъюнктивит; нарушения зрения; шум в ушах; боль в животе; диспепсия; желудочно-кишечное кровотечение; гастрит; стоматит; запор; вздутие живота; отрыжка; гастродуоденальные язвы; колит; эзофагит; перфорация ЖКТ; транзиторные изменения показателей функции печени; гепатит; зуд; кожная сыпь; фотосенсибилизация; бронхиальная астма с аллергией к НПВП; повышение АД; сердцебиение; изменения показателей функции почек; нарушения мочеиспускания;

включая острую задержку мочи; ОПН; поздняя овуляция; бесплодие у женщин; периферические отеки; нефрит; почечный медуллярный некроз; нефротический синдром. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. *Перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.*

 **Boehringer Ingelheim**

ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16А стр. 3
www.boehringer-ingelheim.ru

¹ Внутренние данные компании «Берингер Ингельхайм» РЦВ ГмбХ и Ко КГ» [Data on file Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG]; ² 75% врачей РФ назначают Мовалис® (по данным IMS, см. Prindex, данные синдикативного исследования, Health Index, 1 волна, апрель 2014 года); ³ Degner F. et al. Inflammopharmacology 2001, Vol.9, №1, 2: 71-80. RU/MOV-151044 от 16.12.2015



ловная боль, распространяющаяся от затылка сзади наперед, и доказательства причастности шейного отдела позвоночника. Приступ боли может быть спровоцирован давлением на триггерные точки в шейной/затылочной области или удержанием шеи в неудобном положении. Важно, что в некоторых случаях присутствуют мигренозные черты. Наличие повреждения шеи не-

обязательно. Более того, распространенные поражения шеи не всегда вызывают цервикокраниалгию. О хлыстовой травме можно говорить, если возникновение боли и травма шейного отдела позвоночника тесно связаны по времени.

В завершение стоит отметить, что для оказания помощи пациенту с любым типом головной боли необходимо правиль-

но поставить диагноз, выявить и постараться устранить причину болевого синдрома, а также назначить адекватное лечение. Главная цель терапии – быстро и безопасно купировать боль с проведением последующей реабилитации, направленной на восстановление биомеханических характеристик движений в шейном и шейно-затылочном отделах позвоночника. *

Литература

1. Sjaastad O., Bakketeig L.S. Migraine without aura: comparison with cervicogenic headache. Vågå study of headache epidemiology // *Acta Neurol. Scand.* 2008. Vol. 117. № 6. P. 377–383.
2. Mayer C.L., Huber B.R., Peskind E. Traumatic brain injury, neuroinflammation, and post-traumatic headaches // *Headache*. 2013. Vol. 53. № 9. P. 1523–1530.
3. Drottning M., Staff P.H., Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH) after whiplash injury // *Cephalalgia*. 2002. Vol. 22. № 3. P. 165–171.
4. The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. // *Cephalalgia*. 2013. Vol. 33. № 9. P. 629–808.
5. Antonaci F., Sjaastad O. Cervicogenic headache: a real headache // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2011. Vol. 11. № 2. P. 149–155.
6. Vincent M.B. Cervicogenic headache: a review comparison with migraine, tension-type headache, and whiplash // *Curr. Pain Headache Rep.* 2010. Vol. 14. № 3. P. 238–243.
7. Исайкин А.И. Диагностика и лечение боли в шейном отделе // *Медицинский совет*. 2015. № 5. С. 100–105.
8. Dvorak J., Antinnes J.A., Panjabi M. et al. Age and gender related normal motion of the cervical spine // *Spine*. 1992. Vol. 17. № 10. P. S393–398.
9. Rubio-Ochoa J., Benítez-Martínez J., Lluch E. et al. Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: a systematic review // *Man. Ther.* 2016. Vol. 21. P. 35–40.
10. Курушина О.В., Барулин А.Е. Цервикогенная головная боль – повод для дискуссии // *Русский медицинский журнал*. 2012. Т. 20. № 29. С. 1484–1488.
11. Каратеев А.Е. Мелоксикам: «золотая середина» нестероидных противовоспалительных препаратов // *Терапевтический архив*. 2014. № 5. С. 99–105.
12. Акарачкова Е.С., Громова О.А., Котова О.В. Выбор современного безопасного и эффективного НПВП у пациента с сопутствующими (коморбидными) заболеваниями // *Фарматека*. 2016. № 7. С. 43–48.
13. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г. Общая и частная клиническая фармакокинетика. М.: Ремедиум, 2006.
14. Dunning J.R., Butts R., Mourad F. et al. Upper cervical and upper thoracic manipulation versus mobilization and exercise in patients with cervicogenic headache: a multi-center randomized clinical trial // *BMC Musculoskelet. Disord.* 2016. Vol. 17. ID 64.
15. Zronek M., Sanker H., Newcomb J., Donaldson M. The influence of home exercise programs for patients with non-specific or specific neck pain: a systematic review of the literature // *J. Man. Manip. Ther.* 2016. Vol. 24. № 2. P. 62–73.
16. Gross A.R., Paquin J.P., Dupont G. et al. Exercises for mechanical neck disorders: a Cochrane review update // *Man. Ther.* 2016. Vol. 24. P. 25–45.
17. Табеева Г.П. Цервикогенные головные боли: клинические и терапевтические аспекты // *Русский медицинский журнал*. 2012. Т. 20. № 29. С. 1478–1483.

Cervicogenic Headache: Relevance of the Famous

Ye.S. Akarachkova¹, M.S. Dulayeva², O.V. Kotova¹, D.I. Lebedeva³, I.A. Radchenko⁴, Ye.V. Travnikova⁵

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

² International Society of Stress 'Stress under Control'

³ Regional Medical Rehabilitation Center, Tyumen

⁴ Spine and Joints Treatment Clinic, Moscow

⁵ Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration

Contact person: Yelena Sergeevna Akarachkova, nevrurus@mail.ru

Here, justification of using diagnosis 'cervicocranialgia' is discussed in the paper. Causes and clinical symptoms of cervicogenic headache are outlined. An algorithm for diagnostics and management of patients with cervicogenic headache are proposed.

Key words: neck pain, headache, cervicogenic headache, Movalis, rehabilitation, stato-dynamical physiotherapy