



Цервикогенная головная боль в условиях удаленной работы

Н.В. Вахнина, к.м.н., Д.О. Туряница

Адрес для переписки: Наталья Васильевна Вахнина, nvakhnina71@mail.ru

Для цитирования: Вахнина Н.В., Туряница Д.О. Цервикогенная головная боль в условиях удаленной работы // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 6. С. 30–33.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-6-30-33

В статье обобщены современные данные о причинах развития и методах терапии цервикогенной головной боли. Обсуждается косвенная роль коронавирусной инфекции и периода самоизоляции в формировании цефалгии. Рассматриваются конкретные клинические случаи возникновения цервикогенной головной боли в условиях удаленной работы.

Ключевые слова: цервикогенная головная боль, НПВП, мелоксикам, коронавирусная инфекция, самоизоляция

Распространение коронавирусной инфекции в 2020 г. не могло не отразиться на организации рабочего процесса. Большинство компаний до сих пор продолжают работать в условиях удаленного доступа. При этом отсутствие у многих работников комфортного рабочего места в домашних условиях на фоне увеличения нагрузки и продолжительности рабочего дня привело к росту распространенности болевых синдромов, в частности различных типов головной боли.

С позиции современной цефалгологии головная боль в зависимости от причин, вызвавших ее, подразделяется на первичную и вторичную. К первичной головной боли относятся нозологии, при которых головная боль является главным и нередко единственным проявлением заболевания. Первичной цефалгией считаются головная боль напряженного типа, мигрень, кластерная головная боль, хроническая пароксизмальная гемикрания и др. Под вторичной головной болью понимают состояния, при которых развитие цефалгии является одним

из симптомов в рамках иного заболевания. Вторичная головная боль наблюдается при нарушении оттока спинномозговой жидкости, объемных образованиях, после черепно-мозговой травмы и т.д. Однако наиболее частой причиной развития вторичной головной боли в настоящее время считается цервикогенная головная боль (ЦГБ) [1].

По разным данным, распространенность ЦГБ колеблется от 0,4 до 2,5% в общей популяции и может достигать 20% среди пациентов с хронической головной болью. Средний возраст выявления ЦГБ – 42,9 года. Значительно чаще (1:4) заболеванию подвергаются лица женского пола, у которых нередко наблюдается хронификация [2].

Обычно ЦГБ вызывается патологическим процессом, локализованным в верхней части шеи. Как правило, речь идет о трех верхних сегментах шейного отдела позвоночника. Чаще ЦГБ обусловлена патологией атланта-аксиального, атланта-окципитального, С2/С3 и С3/С4 фасеточных суставов, связок, сухожилий, межпозвонковых дисков. Источником боли в ряде

случаев могут быть субокципитальная, нижняя задняя косая, ременная, трапецевидная, грудно-ключично-сосцевидная мышцы или позвоночные артерии. Болевая импульсация от указанных образований приводит к активации ядра тройничного нерва, формируя тригеминально-цервикальный комплекс. В результате болевой синдром распространяется в роstralном направлении [3].

Доказательством подобной взаимосвязи является то, что при электромиографии выявляется высокая активность в мышцах на стороне головной боли. При этом подобные закономерности не наблюдаются у пациентов с первичной головной болью – мигренью или головной болью напряжения.

В ряде исследований показано достоверное снижение болевого порога у пациентов с ЦГБ в затылочной зоне и на соответствующей боли стороне головы [4]. При обследовании у пациентов с ЦГБ часто выявляется сегментарная гипомобильность в шейном отделе позвоночника. При визуализации также подтверждается гипомобильность на уровне С4–С6 и в области шейно-затылочных сочленений.

Таким образом, сочетание сегментарной дисфункции шейного отдела позвоночника и мышечного спазма служит нейроанатомическим базисом развития ЦГБ [5]. Тем не менее при дифференциальной диагностике ЦГБ и первичных форм головной боли могут возникать трудности, поскольку при мигрени и голов-



ной боли напряжения нередко наблюдается заинтересованность шейных мышц и мышц скальпа. Исходя из этого, Международная научная группа по изучению шейной головной боли в 2000 г. разработала ряд дифференциально-диагностических критериев, в частности:

- возникновение характерной для пациента головной боли в результате движений в шейном отделе позвоночника, поддержания неудобной позы, внешнего воздействия на верхнюю шейную и/или затылочную область;
- ограничение объема движений в шее;
- ипсилатеральная боль неспецифического (нерадикалярного) характера в области шеи, плеча, руки;
- уменьшение боли после диагностической блокады;
- строго односторонний характер головной боли без смены стороны.

Обычно ЦГБ характеризуется средней или высокой интенсивностью, не сопровождается ощущением пульсации, начинается в области шеи. Продолжительность эпизодов боли различна, интенсивность боли колеблется, собственно боль может сохраняться длительно. Иногда во время приступа наблюдаются дополнительные феномены, такие как тошнота, звукобоязнь, светобоязнь, головокружение, ипсилатеральные нарушения зрения, затруднение глотания, ипсилатеральный отек, преимущественно периаулярной области [6].

Согласно Международной классификации головной боли (МКГБ-3) (2013), диагностические критерии ЦГБ включают в себя:

- наличие боли, исходящей из области шеи и ощущаемой в одной или нескольких зонах головы и/или лица;
- 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;
- причинно-следственную связь головной боли с патологией шей-

ной области, что подтверждается по меньшей мере одним из следующих признаков: источник боли располагается в области шеи; прекращение боли после диагностической блокады структур шеи или нервных образований (при адекватном сравнительном исследовании с плацебо); головная боль прекращается в течение трех месяцев после успешного лечения нарушения или повреждения, вызвавшего болевой синдром [7].

Несмотря на четкость критериев, следует помнить о вторичном вовлечении шейной мускулатуры при других типах головной боли. Не случайно важным аспектом диагностики остается различный паттерн головной боли при ЦГБ и первичной головной боли [5].

При формировании диагноза, учитывающего подобный патогенез болевого синдрома, можно использовать различные варианты кодировки, например М54.2 (цервикокраниалгия) в случае уверенности в данном диагнозе или G44.8 (комплексные головные боли) при наличии более чем одного типа головной боли у конкретного пациента.

Терапия цервикогенной головной боли

Терапия ЦГБ базируется на общих принципах лечения неспецифической боли в спине [8].

В качестве препаратов выбора используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты и комбинированные анальгетики. При хронических формах ЦГБ, а также наличии психоэмоциональных нарушений, вызванных длительным болевым синдромом, в схему лечения могут вводиться лекарственные средства из группы антидепрессантов и антипсихотиков. Активно используются также интервенционные методы лечения (блокады), которые имеют как терапевтическое, так и диагностическое значение. В течение последнего десятилетия широко используется ботулинотерапия, особенно в тяжелых и/или устойчивых к обычному лечению ситуациях [2, 9].

Кроме медикаментозных и интервенционных методов лечения при

ЦГБ применяются немедикаментозные методики (постизометрическая релаксация, мануальная терапия, лечебная гимнастика). Так, по данным исследований, эффективное снижение частоты болевых эпизодов более чем в два раза отмечается на фоне комбинированного лечения в 76% случаев, а при изолированной медикаментозной терапии – только в 35% [10].

Выбор конкретного НПВП для лечения ЦГБ основывается прежде всего на безопасности и переносимости с учетом индивидуальных особенностей пациента, его приверженности терапии [11]. Предпочтение следует отдавать препаратам с меньшей кратностью приема и замедленным высвобождением для достижения более плавной кривой распределения лекарственного вещества в кровотоке. Предпочтительны препараты, более селективные в отношении фермента ЦОГ-2, что уменьшает риск развития побочных эффектов.

Один из наиболее проверенных НПВП – препарат Мовалис® (мелоксикам), преимущественно действующий на ЦОГ-2. На протяжении многих лет препарат успешно используется в клинической практике. Результаты клинических исследований, проведенных в течение последних 20 лет, полностью подтвердили его эффективность и безопасность [12]. Мовалис®, будучи производным эноловой кислоты, имеет длительный период полувыведения, что позволяет использовать его однократно в сутки. Максимальная концентрация препарата в плазме после приема 15 мг мелоксикама достигается через пять-шесть часов, средний период полувыведения варьируется от 13 до 25 часов [13].

Частота поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при использовании препарата Мовалис® сравнима с таковой целекоксиба и значительно меньше, чем при лечении эторикоксибом. Пептические язвы отмечались у 1054 (6%) больных, получавших целекоксиб, и 1376 (7,2%), принимавших мелоксикам. Осложненные язвы, сопровождавшиеся перфорацией и/или кровотечением, выявля-



ны у 42 (0,2%) и 67 (0,4%) пациентов соответственно. Результаты, полученные в двух группах терапии, различались незначительно. В то же время риск сердечно-сосудистых осложнений на фоне применения цеlexоксифа достоверно выше, чем при использовании мелоксикама [14]. Будучи селективным ингибитором ЦОГ-2, Мовалис® оказывает меньшее негативное воздействие на свертывающую систему крови и не увеличивает время активного кровотечения. Данная особенность позволяет комбинировать НПВП с антиагрегантной терапией (например, низкими дозами ацетилсалициловой кислоты).

Под влиянием неселективных НПВП снижается уровень простагландинов почек, что приводит к уменьшению выведения натрия, удержанию жидкости в организме. Как следствие, увеличивается риск артериальной гипертензии и осложняется ее течение. Кроме того, снижается эффективность антигипертензивной терапии. В ряде случаев, обычно на фоне длительного (более полугодя) приема НПВП, возможно развитие острой почечной недостаточности. Однако минимальный риск подобных осложнений при сравнении как неселективных, так и селективных в отношении ЦОГ-2 НПВП зафиксирован у препарата Мовалис®.

Таким образом, данные наблюдений свидетельствуют об относительной безопасности препарата Мовалис® у больных с риском сердечно-сосудистых и связанных с ними осложнений, хотя эти пациенты в любом случае нуждаются в тщательном мониторинге на фоне НПВП-терапии [15].

Клинический случай 1

Пациент Ф.Г. 29 лет обратился за медицинской помощью по поводу головной боли лобно-затылочной локализации, с четкой ассоциацией с болью в области шеи, усиливающейся на фоне попыток двигательной активности в ней. Интенсивность боли достигала 6 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), боль носила тянущий характер. Пациент связал развитие данного состояния с длительными

периодами работы за компьютером в неприспособленных условиях (отсутствие стола и кресла компенсировал журнальным столиком и полужелезачим положением на диване). Из-за развития болевого синдрома и отсутствия спонтанного улучшения в течение трех дней обратился к неврологу.

На момент осмотра пациент не имел симптомов повреждения центральной и периферической нервной системы, отсутствовали парезы, нарушения чувствительности и координации. В нейроортопедическом статусе обращали на себя внимание ограничение подвижности и боль в шее, локализованная преимущественно в области трапециевидных и шейно-ключично-сосцевидных мышц с двух сторон. При пальпации указанных точек отмечалась локальная боль, без иррадиации, симптомов натяжения и выпадения. Поддержание позы и ходьба не нарушены, но отмечалось негрубо выраженное вынужденное положение головы с наклоном влево.

На основании поставленного диагноза «цервикокраниалгия скелетно-мышечного генеза с болевым и мышечно-тоническим синдромом (M54.2)» было начато лечение, включавшее в себя инъекции лекарственного препарата Мовалис® (1,5 мл/15 мг внутримышечно однократно) в течение первых трех дней с последующим переходом на пероральный прием препарата в дозе 15 мг однократно в течение семи дней. По окончании курса лечения отмечался выраженный регресс болевого синдрома, в связи с чем было принято решение о присоединении немедикаментозного лечения (мануальная терапия). Еще через пять дней зафиксирован полный регресс как головной боли, так и болевого синдрома в области шеи.

Клинический случай 2

Пациентка К.Д. 24 лет обратилась за медицинской помощью по поводу обострившейся на фоне удаленной работы болевой симптоматики в области шеи. Боль распространяется вдоль правой поверхности головы до надглазничной области, носит тянущий характер, 4–5 баллов

по ВАШ, сопровождается несильным несистемным головокружением и неглубоким низкочастотным шумом в правом ухе, которые усиливаются при поворотах головы. Слух в норме. Кроме того, к концу рабочего дня пациентка отмечала развитие давящей головной боли невысокой интенсивности по типу «обруча». Со слов пациентки, болевая симптоматика возникла постепенно, после продолжительного рабочего дня и множества телефонных звонков (при разговоре пациентка удерживала телефон плечом). Самостоятельно пробовала использовать местные НПВП, но болевого синдрома не уменьшился, в связи с чем обратилась к неврологу.

При первичном осмотре симптомов повреждения центральной и периферической нервной системы, парезов, нарушений чувствительности и координации не выявлено. В нейроортопедическом статусе обращали на себя внимание ограничение подвижности и боль в шейном отделе позвоночника. Отмечались локальная боль и выраженное напряжение при пальпации шейных мышц с правой стороны с провокацией типичного паттерна боли. Симптомы натяжения и выпадения не зафиксировано. Поддержание позы и ходьба не нарушены.

После установления диагноза «комплексные головные боли (цервикокраниалгия и головная боль напряженного типа), обострение (G44.8)» начато лечение, включавшее в себя инъекции препарата Мовалис® (1,5 мл/15 мг внутримышечно однократно). При повторном осмотре отмечался регресс сопутствующих симптомов (головокружение, шум в правом ухе) и уменьшение (на 40–50% от исходного уровня) интенсивности болевого синдрома. Лекарственная терапия препаратом Мовалис® 15 мг/сут однократно перорально была продолжена, к схеме лечения добавлены лечебная физкультура и мануальная терапия. После очередного осмотра спустя семь дней зафиксирован полный регресс болевого синдрома.

Пациенты Ф.Г и К.Д. – активные молодые люди, им не свойствен регулярный прием лекарственных препаратов. Поэтому при выборе



терапии преимущество имел препарат с однократным введением (парентерально и перорально). С учетом необходимости продолжения работы была предпринята ступенчатая терапия: от быстродействующих инъекционных к удобному пероральным лекарственным формам.

Заключение

Изменившиеся в 2020 г. условия труда, снижение двигательной

активности в условиях самоизоляции привели к значительному увеличению случаев возникновения болевых синдромов, в частности головной боли. Возросла распространенность патологии шейного отдела позвоночника и ЦГБ. Несмотря на диагностические трудности ЦГБ, связанные с большим количеством пересечений с иными формами головной боли, лечение такого типа боли требует индивидуального подхо-

да. Терапия должна включать как медикаментозные, так и немедикаментозные методики. Особое внимание необходимо уделять приверженности пациентов терапии, безопасности и переносимости лекарственных средств. Учитывая потенциальное неблагоприятное воздействие неселективных НПВП на желудочно-кишечный тракт, предпочтение следует отдавать селективным ингибиторам ЦОГ-2. *

Литература

1. Чечет Е.А., Табеева Г.Р. Цервикогенная головная боль // Медицинский совет. 2015. № 4. С. 76–81.
2. Табеева Г.Р., Сергеев А.В. Цервикогенная головная боль: патофизиология, клиника, подходы к терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 2. С. 19–26.
3. Богданов Э.И., Хайрутдинова О.С. Цервикогенная головная боль // Практическая медицина. 2018. № 10. С. 21–24.
4. Табеева Г.Р. Цервикалгии, цервикокраниалгии и цервикогенные головные боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 90–96.
5. Сергеев А.В. Цервикогенная головная боль и цервикогенный фактор при первичных головных болях: противоречия в диагностике и терапии // РМЖ. 2017. Т. 25. № 24. С. 1785–1788.
6. Sjaastad O., Fredriksen T., Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group // Headache. 1998. Vol. 38. № 6. P. 442–4425.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia. 2013. Vol. 33. № 9. P. 629–808.
8. Сергеев А.В. Практическое применение нестероидных противовоспалительных препаратов при головных болях: обзор клинических и научных данных // Consilium Medicum. 2018. Т. 20. № 9. С. 39–46.
9. Каратеев А.Е., Погожева Е.Ю., Филатова Е.С. и др. Факторы, влияющие на результаты анальгетической терапии. Результаты российского многоцентрового исследования НОТА (НПВП для обезболивания: терапевтический анализ) // Терапевтический архив. 2018. Т. 90. № 6. С. 65–73.
10. Martelletti P., van Suijlekom H. Cervicogenic headache // CNS Drugs. 2004. Vol. 18. № 12. P. 793–805.
11. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике» // Современная ревматология. 2015. Т. 9. № 1. С. 4–23.
12. Чичасова Н.В. Общемедицинские аспекты применения мелоксикама (Мовалис®) в клинической практике: эффективность и безопасность // Современная ревматология. 2012. Т. 6. № 4. С. 76–85.
13. Pairet M., van Ryn J. Experimental models used to investigate the differential inhibition of cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2 by non-steroidal anti-inflammatory drugs // Inflamm. Res. 1998. Vol. 47. Suppl. 2. P. S93–S101.
14. Rodriguez L.A.G., Tolosa L.B. Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population // Gastroenterology. 2007. Vol. 132. № 2. P. 498–506.
15. Van Hecken A., Schwartz J.I., Depré M. et al. Comparative inhibitory activity of rofecoxib, meloxicam, diclofenac, ibuprofen, and naproxen on COX-2 versus COX-1 in healthy volunteers // J. Clin. Pharmacol. 2000. Vol. 40. № 10. P. 1109–1120.

Cervicogenic Headache in Remote Work Conditions

N.V. Vakhnina, PhD, D.O. Turyanitsa

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Natalya V. Vakhnina, nvakhnina71@mail.ru

The article summarizes modern data on the causes of the development and methods of treatment of secondary headaches with an emphasis on cervicogenic headache. The indirect role of coronavirus infection and the period of self-isolation in the formation of cephalalgia is discussed. Specific clinical cases of cervicogenic headache in remote work conditions are considered.

Key words: cervicogenic headache, NSAIDs, meloxicam, coronavirus infection, self-isolation