[Андреева Т.Е. 2006 г.docx](%D0%90%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%B5%D0%B2%D0%B0%20%D0%A2.%D0%95.%202006%20%D0%B3.docx)

**Значение коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений в комплексном лечении хронических головных болей тема диссертации и автореферата по ВАК 14.00.13, кандидат медицинских наук Андреева, Татьяна Евгеньевна**

Год:

2006

Автор научной работы:

Андреева, Татьяна Евгеньевна

Ученая cтепень:

кандидат медицинских наук

Место защиты диссертации:

Москва

Код cпециальности ВАК:

14.00.13

Специальность:

Нервные болезни

Количество cтраниц:

0

**Оглавление диссертации кандидат медицинских наук Андреева, Татьяна Евгеньевна**

Список сокращении

Введение

Глава I. Обзор л и г с рагу ры

1.1. Эпидемиология головной боли напряжения. цервикогенных головных болей, мигреки,

1.2. Патогенез хронической боли. Понятие об источниках боли. 11 1.2,1. Патогенез ГБН, мигрени, цервикогенных головных болей,

1.3. Клиническая картина хронической головной боли напряжения, цервикогенной головной боли и мигрени.

1.4. Клнннко-инструментальное обследование пациентов с головными болями.

1.5. Лечение головной боли напряжения, иервнкогеннон головной боли, мигрени.

Глава 2. Исследованные больные и методы исследования

2.1. Общая характеристика больных с головными болями н дизайн исследования.

22. Клинические методы исследования,

2.2.1. Специальное мануальное тестирование,

2.2.2. Модифицированный болевой тост, 47 2.3. Инструментальные методы исследования.

2.3.1. Рентгенологическое исследование,

2.3.2. Ультразвуковая допплерографня.

2.3.3. Реоэнцефалографическое исследование сосудов головного мозга.

2.3.4. Компьютерная рентгеновская томография.

2.3.5. Магнитнорезонансная томография. 51 2.4. Статистическая обработка полученных результатов.

Глава 3. Результаты обследования больных с хроническими головными болями

3.1. Распространенность хронических головных болей у лиц трудоспособного возраста, обратившихся за амбулаторной помощью.

3.2. Общая клиническая характеристика пациентов с цервикогенной головной болью, головной болью напряжения и мигренью.

3.3. Сравнительная характеристика частных клинических параметров головной боли напряжения, цервикогенной головной боли и мигрени.

3.4. Характер и частота неспецифических мышечно-скелетных нарушений у пациентов исследуемых групп.

3.4.1. Визуальная оценка подвижности шейного отдела позвоночника и позные константы.

3.4.2. Миофасциальная болевая дисфункция.

3.4.3. Функциональное блокирование суставов шейного отдела позвоночника.

3.5. Сопоставление функционального блокирования суставов и болевой миофасциальной дисфункции с частными клиническими параметрами головной боли напряжения, цервикогенной головной боли и мигрени.

3.6. Результаты инструментального обследования.

3.7. Формализованная дифференциальная диагностика

ЦГБ, ГБН и мигрени.

Глава 4. Результаты комплексного лечения больных с хроническими головными болями с использованием методов коррекции миофасциальных и вертеброгенных нарушений шейной локализации

4.1. Дифференцированный подход к выбору метода в зависимости от выявленных источников боли.

4.2. Применение дифференцированных методов МТ в различных группах больных.

4.3. Оценка эффективности коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений у пациентов с хроническими головными болями при помощи модифицированного болевого теста.

4.3.1. Цервикогенные головные боли.

4.3.2. Головная боль напряжения.

4.3.3. Мигрень.

**Введение диссертации (часть автореферата) На тему "Значение коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений в комплексном лечении хронических головных болей"**

Актуальность темы

Головная боль (ГБ) - одна из наиболее частых жалоб пациентов на амбулаторном приеме. Несмотря на многолетнюю историю изучения, постоянное совершенствование методов терапии, головная боль по-прежнему остается актуальной проблемой неврологии. По данным различных авторов, ежегодно с жалобами на головную боль обращаются 90% женщин и 83% мужчин, ее частота достигает 200 случаев на 1000 населения (13, 27, 62, 68) без тенденции к снижению. В амбулаторной практике чаще всего встречаются хронические головные боли (ХГБ), не меняющие интенсивности и тяжести в течение длительного времени (больше 3 месяцев) и возникающие ежедневно или несколько раз в неделю. В развитых странах, в том числе и в России, научно-технический прогресс с повсеместной компьютеризацией, сопровождается ростом количества пациентов с так называемой флексорной позой головы (forward head posture), т.е. фиксированным положением головы с небольшим наклоном вперед, которой придается большое значение в развитии болевых синдромов головы и шеи.

Исследования последних лет, посвященные клинике и диагностике неспецифических мышечно-скелетных поражений (4, 8, 25, 34, 45, 62) расширяют представления о патогенезе и методах лечения некоторых видов болевых синдромов, в том числе хронических цервикогенных головных болей и позволяют более четко сформулировать диагностические критерии мышечно-скелетных поражений, локализованных в области шеи . Однако, в отечественной и зарубежной литературе, посвященной проблемам собственно головной боли, значение мышечно-скелетных нарушений в генезе или хроиизации головных болей напряжения, участия цервикогенного фактора в поддержании головной боли при мигрени не уточнено. Эффективность использования современных модифицированных методов мануальной терапии (12, 32, 57, 79, 85, 96, 97) для лечения пациентов с ХГБ также требует дальнейшего изучения. В то же время, выявление значимых неспецифических мышечно-скелетных нарушений позволяет оптимизировать лечебные мероприятия и снизить фармакологическую нагрузку на пациента. Существует большое разнообразие в терминах, которыми определяется дисфункция костно-мышечных структур: остеопатическое повреждение, сублюксация позвонков, функциональное блокирование, остеохондроз, спондилез и др.

Проблема головной боли является мультидисциплинарной и требует комплексного подхода в диагностике и лечении. Поликлиники являются первым звеном куда обращаются, где обследуются, начинают и часто завершают лечение большинство пациентов с жалобами на головные боли. Больные с головной болью, как правило, одновременно или последовательно ведутся врачами различных специальностей, дифференциальная диагностика различных видов головной боли проводится экспертным путем, и качество принятия решения во многом зависит от опыта и квалификации врача. В силу этого, заключения различных специалистов могут не совпадать, что не только удлиняет срок лечения, но и часто приводит к одновременному, неэффективному использованию разнонаправленных методик физического и медикаментозного воздействия. Поэтому важной научной и практической задачей является разработка формализованных критериев, позволяющих проводить надежную формализованную дифференциальную диагностику вида головной боли не зависящую от опыта и квалификации специалиста. Задача оптимизации лечебно-диагностического процесса для этой категории больных в условиях поликлиники на сегодняшний день не решена.

Необходимостью решения перечисленных проблем определены цели и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Изучить значение неспецифических мышечно-скелетных нарушений шейной локализации при хронических головных болях и оценить эффективность их лечения в амбулаторной практике с использованием методов диференцрованной мануальной терапии.

Задачи исследования

1. Определить частоту головной боли напряжения, цервикогенной головной боли, мигрени и других форм головных болей у лиц трудоспособного возраста, обращающихся за амбулаторной помощью.

2. Изучить особенности клинических проявлений, определить характер и частоту неспецифических мышечно-скелетных поражений шейной локализации при головной боли напряжения, цервикогенных головных болях и мигрени и выявить взаимосвязь этих нарушений с частными клиническими параметрами хронических головных болей.

3. Создать алгоритм формализованной диагностики головной боли напряжения, цервикогенной головной боли и мигрени с учетом выявленных неспецифических мышечно-скелетных нарушений.

4. Провести комплексное лечение пациентов с хроническими головными болями, используя дифференцированные методы воздействия на мышечные и суставные источники боли при неспецифических мышечно-скелетных поражениях шейной локализации.

5. Оценить эффективность комплексного лечения с использованием дифференцированных методов мануальной терапии при помощи модифицированного болевого теста (МБТ).

Научная новизна

Установлено, что неспецифические мышечно-скелетные нарушения участвуют в реализации болевого синдрома не только при хронической цервикогенной головной боли, но и при других распространенных ХГБ -головной боли напряжения и мигрени.

Впервые выявлены особенности мышечно-скелетных нарушений при головной боли напряжения и мигрени, а также отсутствие достоверных отличий этих нарушений при мигрени и цервикогенной головной боли.

Показано влияние выраженности мышечно-скелетных нарушений на продолжительность существования (хронизацию) болевого синдрома при головной боли напряжения и цервикогенной головной боли.

На основании использования клинических симптомов, включая неспецифические мышечно-скелетные нарушения, а также результатов инструментального обследования, впервые разработан алгоритм формализованной дифференциальной диагностики цервикогенной головной боли, головной боли напряжения и мигрени.

Установлена эффективность применения методов мануальной коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений в комплексном лечении ГБН и мигрени.

Практическая значимость

Убедительно показан значительный удельный вес цервикогенной головной боли в структуре ХГБ в амбулаторной практике и влияние мышечно-скелетных нарушений на поддержание болевого синдрома при ГБН и мигрени.

Показана эффективность комплексного лечения пациентов с ХГБ методами дифференцированной мануальной терапии, что позволяет значительно уменьшить фармакологическую нагрузку на пациента.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Неспецифические мышечно-скелетные нарушения (болевая мышечная дисфункция и функциональное блокирование суставов шейного отдела позвоночника) встречаются в различных сочетаниях у всех пациентов с ХГБ и являются причиной возникновения или усиления болевого синдрома.

2. Степень выраженности мышечно-скелетных нарушений коррелирует с длительностью болевого синдрома при ЦГБ и ГБН.

3. Коррекция неспецифических мышечно-скелетных нарушений шейной локализации повышает эффективность комплексного лечения хронических головных болей (ЦГБ, ГБН и мигрени).

Внедрение

Результаты диссертационной работы с сентября 2003 года внедрены в учебный процесс кафедры неврологии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, где используются в лекционном материале на цикле «Вертеброневрология с основами мануальной терапии», и в практику отделения вертеброневрологии ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ.

Апробация работы

Результаты работы доложены и обсуждены на Российской научно-практической конференции «Клинические и теоретические аспекты боли» (Москва, 24-25 марта 2001 года), на симпозиуме «Реабилитационные программы в неврологии и нейрохирургии» (Москва, 6-7 декабря 2001 года), на 6-м международном конгрессе «Миофасциальная боль и фибромиалгия» (Мюнхен, 18-22 июля 2004 года), на кафедре неврологии лечебного факультета ММСУ (30 ноября 2005 года).

Апробация диссертационной работы состоялась на совместной конференции сотрудников кафедры неврологии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, неврологической службы ЦКБ УД Президента РФ и ФГУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ (7 сентября 2005г.).

По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ.

**Заключение диссертации по теме "Нервные болезни", Андреева, Татьяна Евгеньевна**

выводы

1. Неспецмфическне мышечно-скелетныс нарушения отмечаются у всех исследуемых вндов хронических головных болей. Мнофициальный болевой синдром при головной боли напряжения достоверно отличается от цсраикогенной головной боли и мигрени большим количеством и разнообразием участвующих мышц. Отличий между мнофзециальной дисфункцией при мигрени и цервнкогенной головной болн не выявлено. Функциональное блокирование при мнгренн и церанкогенной головной боли сходно, но существенно отлично от головной болн напряжения.

2. Степень выраженности мышечно-скелетных нарушений коррелирует с продолжительностью и стойкостью болевого синдрома при цервнкогенной головной боли и головной боли напряжения.

3. Неспецифнческне мышечно-скелетные нарушения шейной локализации влияют на возникновение или поддержание несистемных головокружений, вегетативную дисфункцию, латерализдцию головной боли, а также усиливают головную боль при мигрени.

4. При цервнкогенной головной болн, головной боли напряжения и мнгренн в реализации болевого синдрома участвуют несколько источников болн н их комбинации, условно определяют вид головной болн. Наиболее значимыми являются суставной, мышечный, сосудистый, вегетативный и психогенный фактор, Акцепт на суставную дисфункцию характерен для цервнкогенной головной боли, нз мышечную - для головной боли напряжения, а вегетатнвнососудистый фактор - для мигрени, Психогенный фактор характерен для любого вида хронической головной боли.

5. Использование алгоритма формализованной диагностики головной болн с учетом неспецнфическнх мышечно-скелетных нарушений повышает точность дифференциальной диагностики цераиколенной головной болн. головной боли напряжения и мигрени.

6. Методы мануальной коррекции нсспецифическнх мышечно-скелетных нарушений являются патогенетической терапией для цервикогенных головных батей и головных болей напряжения, н дополнительной симптоматической терапией - для мнгренн.

7. Наибольший 'эффект комплексного лечения с использованием дифференцированных методик мануальной терапии достигается при цервикогенных головных болях (85,5%) и головных болях напряжения (75%). Эффективность лечения мнгренн составляет 55,5%, и выражается в значительном снижении частоты приступов и их интенсивности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо учитывать большую распространенность цервикогенных головных болей н структуре хронических головных болей в амбулаторной практике и значение цервикогенного фактора в поддержании болевого синдрома при ГБН и мигрени,

2. Комплексное обследование пациентов с хроническими головными болями в амбулаторных условиях должно проводится поэтапно. После исключения головных болей, связанных с замаскированной тяжелой соматической или сосудистой патологией, показано направление на специальное мануальное тестирование для поиска источников боли в тканях опорно-двигательного аппарата.

3. Для более точной дифференциальной диагностики ГБН, ЦГБ и мигрени желательно использовать алгоритм формализованной диагностики с учетом неспсцифических мышсчно-скслетных нарушений шейного отдела позвоночника.

4. В комплексном лечении пациентов с ЦГБ, ГБН и мигренью необходимо применять методы дифференцированной мануальной терапии, что позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома и снизить фармакологическую нагрузку на пациента.

**Список литературы диссертационного исследования кандидат медицинских наук Андреева, Татьяна Евгеньевна, 2006 год**

1. Алексеев В.В. Головные болн. Клиника нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова. Consilium Mcdicum. T.I, №1, 2001. -58 с.

2. Алексеев В.В, Диагностика и лечение головных болей. Клиника нервных болезнен ММА им. И М. Сеченова. РМЖ. Т.9. ,№7-8,2001.

3. Афифн А., Эйзен С. Статистический анализ: Подход с использованием ЭВМ. Пер с англ, М.: Мир, 1982,- 488 с.

4. Барвинчснко А.А. Атлас мануальной медицины, // М„ Военное издательство. 1992, 191 с.

5. Беляев Л.Ф. Методы мануальной терапии в лечении ГБН. И М.1998 г. 67с,

6. Бобров А.Ф Нормирование функциональных состояний человека, работающего в экстремальных условиях (новые принципы и методы разработки критериев). Автореферат лисе, локт, биологических наук. Москва, 1993. 38с.

7. Богачева Л.А. Боль в спине. Клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Н М,, 1998.

8. Болевой синдром, Л., Медицина. 1990, 336 с.

9. Борисова А.И., Нисан ЛХ-, Стысина Е,Е„ Белянина Т.Н. Этиологические и патогенетические факторы диспропорций кранновертебраяьной области- И Журнал неврологии и психиатрии, 2002, № 4, сс.62-63.

10. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушении статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека, Иваново, МИК, 1 99бг, 111с,

11. Васильева Л.Ф Мануальная диагностика и терапия ( клиническая биомеханика и патобиомеханика). И Санкт-Петербург, Изд-во Фолиант. 2001г.-400с.

12. Вейи A.M., Колосова О.А., Яковлев Н А., Каримов Т,К, Головная боль, ft М., 1994.-286 с.

13. Веселовскнй В.П, Практическая вертсбронсврологня н мануальная медицина, Рига, 1991. 344с

14. Вознесенская TJ\. Вейн A.M. Головные болн напряжения. // Consilium medicum, 1999, 1(2).

15. Воробьева О.В, Посттравматнческие ГБ. // Медицина для всех, 1998, 4, ее. 14-19.

16. Галямоаа А.Ф., Машкнн М.В., Новиков Ю.О. Экспертная оценка болевого синдрома при цервнкокраниалгнях. Мануальная медицина, 2001г., № 4, сс. 63-68.

17. Галямояа А.Ф. Методы диагностики шейных болевых синдромов. Н Мануальная терапия, 2004, №1(13), сс. 58-63.

18. Гойденко B.C., Снтель А.Б., Галанов В.П., Руденко И,В, Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Н М,, Медицина, 1988г. 237с,

19. Гойденко B.C., Снтель А.Б., Тихонов В.Г., Силаева Н.Д. Способ лечения болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника, А.С. №121085, 1985. -27с.

20. Головокружение. Под редакцией Дикса М. н Худа Д. П М-, Медицина. 1987 -477 с.

21. Дуринян Р.А. Мсйзеров П.Н. Модифицированный болевой тест. И Методическое пособие. НИИ традиционных методов лечения, 1996г

22. Епифанов В,А„ Кузбашсва Т.Г, Цсрвккогенные головные боли у больных с поврежден ним н саяэоч но-мышечного аппарата шейного отдела позвоночника. // Вертеброневрологня. 2001г., № 3-4, ее. 28-30.

23. Иваннчев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. Изд-во Казанского ун-та, 1990, 158с,

24. Иваннчев Г. А, Мануальная терапия; руководство, атлас, Н Казань, 1997.

25. Иваннчев Г, А. Мануальная медицина. И Казань, 2000, 650с,

26. Исмагнлов М.Ф. Головные болн напряжения; монофафня. Н Исмагнлов М.Ф., Якупов Р.А.; род: Закирова A.M.- Казань, Медицина. 2001, 132 с.

27. Кандыба Д.В., Жулев НМ, Балзгарадзе Ю.Д Мануальная терапия в комплексном лечении синдрома позвоночной артерии. И Мануальная терап ия, 2003, № 1 (9), сс. 19-26,

28. Крыжановскин Г.Н. Общая патофизиология нервной системы, // М., Медицина. 1997. 350с.

29. Кукушкин МЛ. Общая патология боли. Монография, Медицина. 2004. -144с.

30. Левит Л,, Захсе Й„ Янда В. Мануальная медицина, // М„ Медицина, 1993. -511с.

31. Ли И М. Краниальная мануальная терапия при сотрясении головного мозга в остром периоде. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. УДК 616.36-001-089, Новокузнецк, 1995,

32. Лиев А.А. Мануальная терапия мнофасинальных болевых синдромов. // Днепропетровск, ОТИГ1 «Днснрокннга», 1993. 141с,

33. Лиев А.А. Татьянченко В.К. Клинико-анатомнческнй атлас мануальной медицины. U Г1.-К. АО «Камчатский печатный двор», 1996. 200с.

34. Макарова И.Н. Аутомиокоррекцня. // Москва, 2002г, сс. 35-51,

35. Мегоун Г.И Краниальная остеопатия. ИПАО Беловскнй полиграфии, 1993,4.2.-286 с.

36. Москаленко Ю.Е. Феноменология и механизмы движения костей черепа Информационный бюллетень Русской остеопатнческой ассоциации, С-Пб. 1998, ее. 12-15.

37. Мсбожин А. И. Изменения динамической координации при функциональных блоках кранно-вертсбральной области. Мануальная терапия, 2002г., №1(5), сс. 20-24.

38. Нсбожнк А, И. Состояние кровотока в позвоночной и основной артсрииях до и после мауальной терапни суставов краниовергебрапьного перехода. Н Мануальная терапия. 2003 , №1(9). сс. 28-32.

39. Попелянский Я.Ю, Болезни персфсрнчсскон нервной системы, // М., Медицина, 1989, 462 с.

40. Попелянский Я Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Всртебральиые и цервикомембральные синдромы шейного остеохондроза. // Изд. Казанского университета. 1981. 361с.

41. Ситель А.Б. Мануальная медицина. И М., 1993г. 224с.

42. Скоромец A-A.t Скоромец Т.А., Шумилина А.П. Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов. Н Неврологический журнал. 1997,6, сс. 53-55.

43. Скоромец А,0, Шумилин А.Н., Зсвахин С,К. Основные ритмы мозга. Кранио-сакральная терапия, обоснование метода. // Всртсбронсврологня, 1998. I, сс. 39-62.

44. Скоромец А.А.4 Рошковский А.Г. Ахметсафин. Опыт лечения спонднлогенных головных болей методами мануальной терапии. //

45. Материалы второго всероссийского съезда мануальных терапевтов, Санкт-Петербург, 15-16 ноября 2002г., сс. 56-58.

46. Скоромен А-А., Скоромен А.П. Ахметсафнн A.II. Аномалии кранно-аертебрального перехода и мануальная терапия. И Материалы второго всероссийского съезда мануальных терапевтов, Санкт-Петербург, 15-16 ноября 2002 г., сс. 45-46.

47. Скоромен А,А., Новосельцев С.В. Хлыстовая травма, механизмы возникновения и возможности остеопатичнской коррекции. Ч Мануальная терапия, 2002, № 3(7), се, 16-19.

48. Страчунекая Е.А. Головная боль напряжения. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук, М,, 1996г

49. Современный синтез критериев в задачах принятия решений, // А,Н. Катулев. В.Н. Мнхно и др, М.: Радио н связь, 1992. - 119 с,

50. Справочник по прикладной статистике. В 2-х томах: Пер. с англ. // Под ред. Э. Ллойда, У. Ледермана, С.А. Айвазяна, Ю.Н. Тюрина.- М.: Финансы и статистика,- ТЛ t 1989. 510 е., Т.2,1990. - 526 с.

51. Табеена Г.Р. Цсрникогеиные головные боли. И Медицина для всех. 1998, 4, сс. 23-29.54. 'Гетерии Д.А. Алгоритм работы врача мануального терапевта при цервикокранналгнях, // Мануальная терапия, 2002, № 1 (5), сс, 56-59,

52. Трсвслл Дж,, Симоне Д. Миофасциальные боли. Н М„ Медицина, 1989. Т. 1-2.

53. Чеченки А.Г., Крамаренко В.Г Киселев И.Ю, Способ оценки эффективности краниальной МТ.

54. Чнкуров Ю.В, Мягкие техники мануальной терапии. // М. 2002г. 144 с,

55. Факторный, днекриминактный н кластерный анализ. Пер,с англ, // Дж.-О. Кнм, Ч.У. Мьюллер. У.Р. Клекка и др.; Под ред. И.С. Енюкояа. М.: Финансы и статистика, 1989, '215 с,

56. Хабиров Ф.А., Хабнров Р.А. Мышечная боль. // Книжный дом, Казань, 1995Г -206с.

57. Р. Шсрман, С. Еванс, Д. Арена. Временная зависимость между болевым синдромом н мышечным напряжением: новые направления в лечении биологической обратной связью. // Новосибирск. 1993, 3, сс, 109-114.

58. Шток В,Н. Головная боль. // М,, Медицин л. 1987. 304с.

59. Яхно Н,Н. Головная боль. // М., Медицина, 2000, 256с.

60. Arendl-Niclsen L., Graven-Nielsen Т„ Svcnsson P. Investigation of muscle pain in man, H Book of abstracts. П Congress of the European Federation of I ASP, chapters "Pain in Europe", Sept 1997, Spain, pp. 210-213.

61. Barre M. Sur un syndrome sympathique cervical posterier et sa cause frequenter! arthrite cervicale, //Rev.Ncurol, 1926, 33,pp, 1246-1248.

62. Bartch-Rochaix W. Headache of cervical origin. In: Vinkcn P.J., Braun G,W„ eds, //Handbook of clinical neurologi. 1968, Vol.5, pp 192-203.

63. Barolin G. Chonofizierte Kopfschmersen. //Wien.Med.Wochenschr. 1992, 142(19), pp. 439-443.

64. Blan J,, Macgregor E. Migraine and the neck. // Cephalgia. 1993, 3, pp, 19-21.

65. Bonica J, The Management of pain, // 2nd ed, Lca&Fcbiger, London, 1990,

66. Bogduk N. The sources of low back pain, // Jayson M.LV. The lumbar spine and back pain. 4th cd. Edin. Churchill-Livingstone. 1992, pp. 61-88.

67. Bogduk N. Headache and cervical spine. // Cephalgia, 1984,4, pp. 7-8.

68. Bogduk N. Marsland A. The cervical zygoapophysical joints as a source of neck pain, // Spine, 1988,13, pp. 610-617.

69. Bogduk N. The anatomical basis for cervicogenic headache. // J.Manip.Physiol.Ther. 1992, 15(1), pp. 67-70.

70. Bogduk N. The role of the ncck in headache" the neck is important. II Cephalgia 1997,17(3), p. 224. //Abstract book, 8th Congress of the IHS.

71. Bovim G,, Sjaasiad O. Cervicogenic hcadachc: responses to nitroglycerin, oxygen, ergoiamin and morphine, H Headache, 1993,33(5), pp. 249-252.

72. Bovim G., Frcderiksen Т., Stolt-Nielsen A. Sjaastad O. Neurolysis of the greater occipital nerve in cervicogenic headachc. A follow up study. // Headache 1992,32(4), pp. 175-179.

73. Cad у R, Schreiber С. Farmer К, Sheftcll F, Primary headaches: a convergence hypothesis, H Headache. Mar 2002; 42(3), pp. 204-216.

74. Dreypress P. Michaclsen H., Fletcher D. Atlanfo-occipital and lateral atlantoaxial joint pain patterns. // Spine. 1994, 19, p. 10, pp. 1125-1131, pp. 1111-1116.

75. Drottning M,, StolT P., Sjaastad O. Cervicogenic headache after whiplash injury. U Cephalgia. 1997, 17(3), p. 228,

76. Elkiss M. Chronic headache pain, an osteopathic perspective, 1995.

77. Edmeads J. Hcadachcs and headpains associated with diseases of the cervical spine. It Med.Clin North Am. 1978. 62, pp. 533-544.

78. Edmeads J. Cervicogenic headache. // Pain.Res.Manage. 1996, pp. 119-122.

79. Fredriksen Т., Hodval H., Sjaastad O, Cervical headache clinical manifestation. //Cephalgia, 1987, 7, pp. N6-160,

80. Gavel H-, Rolhbart P. Occipital nerve block in the management of headache and cervical pain. // Cephalgia. 1992, 12. pp. 9-15.

81. Green G., Baljet В. Drukker J. Nerves and nerve ptexes of the human vertebral column. //AmJ.Anat 1990,188, pp. 282-2%.

82. Greenman P.E. Principles of Manual Medicine. // W&W, 1996.

83. Hauge T. Vertebral artery angiography and migraine-like symptoms: I lauge's studies reconsidered. // Cephalgia. 1986,6, pp, 197-203,

84. Неук H. Headache and facial pain. // Georg-TTiicme-Vcrlag, Stuttgart, 1981,

85. Hildcrbrandt J„ Jansen J. Vascular compression of C2-roots yet another cause of chronic intermitted hemicrania. // Cephalgia. 1989, 4, pp. 167\* 170. 83.

86. Jaeger B. Arc "cervicogenic" hcadachcs due to myofascial pain and cervical spine dysfunction?//Cephalgia. 1989, 3,pp. 157-165,

87. Jensen O., Nielsen F., Vosmar L. An open study comparing manual therapy with the use of cold packs in the treatment of post-traumatic headache. /I Cephalgia. 1990. 10(5), pp. 241-250.

88. Kerr FWL. Mechanism, diagnosis and management of some cranial and facial pain syndromes. //Surg. Clin.N.Am, 1963.43, pp. 951-961.1. Отечж nmepwm'pn

89. Metoche J.t Bergeron Y,, Bellavance A. el al. Painful intervertebral dysfunction: Robert Maine's original contribution to headache of ccrvical origin. // Headache 1986, 33(6), pp. 328-334.

90. Mendel T-, Wink C.T Zimnj M. Neural elements in human cervical intervertebral discs. // Spine. 1992, 17, pp. 132-135.

91. Mense S. Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. // Pain. 1993, 54, pp. 241-289.

92. McRae D.L, Bony abnormalities at the craniospinal junction. //Clin.Neurosurg. 1969,16, pp,35 6-375,

93. Mitchell L., El kiss M. and Louis E, // Rent-Z. Foundation for osteopathic medicine. 1997.

94. Nilsson N. Christensen H., Hartvigsen J. The effect of spinal manipulation in the treatment of ccrvicogenic hcadache, U Cephalgia, 1997, 17(3), p. 228.

95. Nilsson N. A randomized controlled trial of the effect of spinal manipulation in the treatment of cervicogenic headache. // J.Manip.Physiol.Ther. 1995, 18(7), pp. 435-440.

96. Pavese N., Bibbiani F-. Nuti A., Bcmicelli U. Sumatriptan in ccrvicogenic hcadachc. // In European Headache Federation 2nd International conference. 1996, Abstracts.

97. Pfaffengarth V., Kaubc H. Diagnostics of cervicigenic headache. // Fund. Neurol 1990, 5(2), pp. 159-164,

98. Pfaffengarth V., Dandccar R. et af. Ccrvicogenic headache: results of computer-based measurement of cervical spine mobility in 15 patients. U Cephalgia. 1988, 8( I), pp. 45-48.

99. Puustjarvy K.,, Airaksincn O,, Pontinen P, The effects of massage in patients with chronic tension headache, ti Acupunct.Elcctrother.Rcs. 1990, 15(2), pp. 159162.

100. Sand Т., Zvvart J. The blink rellex in chronic tension type headache, migraine and ccrvicogenic headache. H Cephalgia. 1994, 14(6), pp, 447-450.

101. Schmidt R. Basic aspects of muscle pain. // Book of abstracts. II Congress of the European Federation of I AS P. chapters "Pain in Europe", Sept 1997, Spain, pp. 215-218.

102. Sjaastad 0-. Fredriksen T.A. Pfaffengarth V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. H Headache. 1990, Nov, 30(11725-6.

103. Sjaastad O., Bovim G. Cervicogenic headache. The differentiation from common migraine. // Funct. Neurol. 1996, 6, pp. 93-100.

104. Sjaastad O,, Bovim G„ Stovner L. Laterality of pain and other migraine criteria in common migraine, A comparison with cervicogenic headache. // Funct Neurol. 1992,7(4), pp. 289-294.

105. Sjaastad O., Bovim G., Stovner L. Common migraine (migraine without aura): localization of the initial pain of attack, // Funct Neurol. 1993, 8, pp. 27-32.

106. Trucci S., Hicks J. ct at. Cervical motion assessment; a new, simple and accurate method. // Arch. Phys.Mcd.Rehab. 1986,67, pp. 225-229.

107. Vanharanta H-, Sachs В., Spivey M. ct al. The relationship of pain provocation to lumbar disk deterioration as seen by CT Discography. H Spine. 1987,12(3). pp. 295-298.

108. Vernon H, Chiropractic manipulative therapy in the treatment of headaches: a retrospective and prospective study. // J.Manip.Physiol.Ther. 1992, 5. pp. 103-112,

109. Vernon H., Steiman I., Hagino C. Cervictgenic dysfunction in muscle contraction headache and migraine; a descriptive study, // J.Manip.Phisiol Ther. 1992,15(7), pp. 418-429.

110. Wall R-, Melzack R. Textbook of pain. // 3rd ed. Edin.Churchill Livingstone, 1994, p. 1390.

111. Watson D., Trott P. Cervical headache: an investigation of natural head posture and upper cervical flexor muscle performance, // Cephalgia. 1993, 4. pp. 272-285.

112. Wyke B. Neurology of the spinal joints, // Physiotherapy. 1979, 65, pp. 72116. Yandas J., Carey J., Garret T. Reliability of measurements of cervical spine range of motion. Comparison of three methods, // Phys.Ther 1991, 71, pp. 98-106.

Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/znachenie-korrektsii-nespetsificheskikh-myshechno-skeletnykh-narushenii-v-kompleksnom-lechen#ixzz2cVjnIo2z>