

вариант заболевания, названный проксимальной миотонической миопатией (ПММ). У большинства семей с ПММ был обнаружен дефект в недавно открытом локусе DM2 хромосомы 3q21. Исследование посвящено клиническому анализу этого заболевания у 70 пациентов из 14 немецких семей. В отличие от болезни Штейнерта, ПММ у большинства пациентов имеет более доброкачественное течение. В клинической картине, как правило, не обнаруживается умственная отсталость; мышечная слабость наблюдается лишь в проксимальной мускулатуре нижних конечностей; миотонический синдром выражен слабо или отсутствует, имеет место бо-

левой синдром. Тем не менее при ПММ у части пациентов существует возможность серьезных сердечных осложнений и вероятность прогрессирования мышечной слабости. Авторами наблюдаются некоторые пациенты, имеющие фенотипические варианты ПММ, однако у них не обнаружены нарушения в хромосоме 3q21. Это дает основания полагать, что группа описанных типов миотонических дистрофий может пополниться в будущем новыми вариантами заболевания.

*Германия,
Department of Neurology,
University of Wurzburg*



D. Biondi

ЦЕРВИКОГЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ: МЕХАНИЗМ, КЛИНИКА И СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ

(CERVICOGENIC HEADACHE: MECHANISMS, EVALUATION
AND TREATMENT STRATEGIES)

(J. Am. Osteopath. Assoc. — 2000. Sep. — 100(9 Suppl.). — S7—14: Англ.)

Цервикогенная головная боль — хронический гемикраниальный болевой синдром, развивающийся вследствие патологии шейного отдела позвоночника или мягких тканей шеи. Известно, что тригемино-цервикальное ядро — это регион в верхней части спинного мозга, где чувствительные нервные волокна нисходящего тракта тригеминального нерва конвергируют с чувствительными волокнами верхних шейных корешков. Посредством данной конвергенции ноцицептивных путей отраженные болевые сигналы от шеи достигают тригеминальных чувствительных рецептивных полей лица и головы, активируя тригемино-васкулярные нервные окончания. В свою очередь, существуют связи сенсомоторных волокон добавочного нерва и верхних спинальных корешков, которые также конвергируют с нисходящим трактом тригеминального нерва, что является бази-

сом для передачи болевых импульсов с грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц в область лица и головы. Дифференциальная диагностика цервикогенной головной боли проводится с мигренью, головной болью напряжения и пароксизмальной гемикрацией. Статья посвящена клинической характеристике цервикогенной головной боли, ее диагностическим критериям, патофизиологии и методам диагностической экспертизы. Предлагается программа лечения цервикогенной головной боли, включающая медикаментозную терапию, анестезиологические вмешательства, остеопатические манипуляционные процедуры и другие нефармакологические методы.

*США,
Head Pain Division,
Michigan Head-Pain
& Neurological Institute*

