

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЦЕРВИКАЛГИЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Л. Широкова**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,

**М. Мокроусова**<sup>1, 2</sup>,

**Р. Буланов**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ярославский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Клиническая больница №3, Ярославль

**E-mail:** Larshir@gmail.com

*Анализируются эпидемиология и факторы формирования вертеброгенной цервикалгии. Обсуждаются современные концепции консервативной терапии хронических болей неспецифического характера в области шеи.*

**Ключевые слова:** неспецифическая цервикалгия, эпидемиология, факторы риска, консервативная терапия.

В последнее время врачебное сообщество все больше внимания уделяет проблемам боли. Хронической болью страдают от 2 до 40% людей, в среднем – 15–20% [1]. Болевой синдром, обусловленный дегенеративными поражениями позвоночника, – одна из наиболее распространенных причин обращения за медицинской помощью. Наиболее уязвим в этом отношении поясничный отдел позвоночника, незначительно уступает ему шейный отдел, что обусловлено его значительной подвижностью, нередко – недостаточно развитой мускулатурой, индивидуальными особенностями развития скелета [2]. Боли в области шеи и нижней части спины чаще всего встречаются в практике врача. По данным многочисленных исследований, их распространенность в популяции – от 35 до 71% [3–5], причем наиболее часто страдают этими болезнями люди молодого и среднего возраста – самая социально и экономически активная часть общества.

Согласно результатам масштабного исследования, проведенного в Японии, до 1/3 взрослых жителей городов страдают от цервикалгии [6]. Исследование, проведенное в Гонконге, в которое включили 4640 человек, показало, что на протяжении 12 мес боль в области шеи возникла у 64,6% из них; при этом интенсивность боли, оцененная как выраженная или значительная, отмечалась у 38% респондентов [7].

Считается, что синдром цервикалгии занимает по частоте 4-е место среди всех болевых синдромов, обусловленных скелетно-мышечной патологией [8]. Цервикалгия может приобретать хронический характер и рецидивировать. По данным 5-летнего проспективного исследования, 60% пациентов с цервикалгиями страдают стойким болевым синдромом [9]. С цервикалгией связаны значительные экономические потери, частая временная утрата трудоспособности. Ежегодная средняя заболеваемость шейной радикулопатией составляет 83 случая на 100 тыс. населения в возрасте от 13 до 91 года [10].

Частота цервикалгии среди лиц среднего возраста и более пожилых (старше 60 лет) существенно не различается [11]. По мнению авторов исследования, у лиц старшего возраста этот показатель не только не возрастает, но даже несколько снижается, что может быть связано с компенсаторными изменениями периартикулярной и хрящевой тканей.

Доказано, что факторами риска развития цервикалгий являются длительное пребывание шеи в состоянии сгибания (работа за компьютером с опущенной головой), продолжительное психоэмоциональное напряжение (работа в офисе), курение, травмы шеи/плеча в анамнезе. Выявлены факторы хронизации цервикалгии: возраст старше 40 лет; повторный эпизод цервикалгии; люмбалгия в анамнезе; занятия велоспортом; повышенная тревожность; снижение качества жизни; неблагоприятный коморбидный фон. Длительные статические нагрузки – важный фактор, провоцирующий боли в области шеи и связанный с массовой компьютеризацией населения. Многие люди пользуются компьютерами не только для работы, но и во время отдыха. Несмотря на улучшение эргономических параметров рабочего места офисных служащих, отмечается тенденция к увеличению временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в том числе – с цервикалгией.

Клиническая классификация болей в области шеи предусматривает выделение их вертеброгенных и невертеброгенных причин. Вертеброгенная цервикалгия – следствие поражения фасеточных суставов, межпозвонковых дисков, периартикулярных тканей (связки, сухожилия), мышц, а также твердой мозговой оболочки шейного отдела позвоночника и позвоночной артерии, проходящей через отверстия поперечных отростков позвонков с уровня  $C_{1-v1}$ . Источником боли при компрессионных синдромах являются патологически измененные структуры позвоночного столба, которые либо раздражают ноцицепторы тканей, либо сдавливают спинальные корешки. При рефлекторных синдромах источником боли могут быть как сам позвоночник, так и рефлекторно спазмированные мышцы. Первично процесс локализуется в студенистом ядре межпозвонкового диска, которое из-за потери влаги становится менее упругим. Под влиянием механических нагрузок студенистое ядро может секвестироваться и выпячиваться в сторону фиброзного кольца диска. Со временем на фиброзном кольце образуются трещины. Возможно скачкообразное увеличение протрузии вследствие травмы или интенсивной нагрузки, что приводит к выпячиванию пульпозного ядра и части фиброзного кольца в позвоночный канал (грыжа диска). Боль при грыже диска впервые появляется в связи с раздражением болевых рецепторов наружных слоев фиброзного кольца и задней продольной связки, рефлекторно возникает спазм сегментарных мышц, имеющий защитный характер и приводящий к иммобилизации поврежденного сегмента. В дальнейшем этот фактор становится причиной возникновения боли.

В современных условиях нельзя забывать и о роли остро и хронического эмоционального стресса в развитии мышечных болей. Человеку свойственно скрывать свои эмоции, вследствие чего мы носим в себе очаги хронического мышечного напряжения. Постепенно неудовлетворенные желания, скрытые эмоции становятся причиной заболеваний, так как мышечные блоки препятствуют движению жизненной энергии. Полного расслабления не происходит и во время сна. Эмоциональное напряжение

всегда сопровождается мышечным напряжением. У людей с тревожным складом характера даже после прекращения стрессового воздействия мышцы продолжают находиться в сокращенном состоянии, а в состоянии хронического стресса это приводит к изменению стереотипа движений. Изменение позы влечет за собой перегрузку мышц и появление болей; формируется порочный круг: эмоциональный стресс — изменение двигательного стереотипа — напряжение мышц — боль — усиление стресса. Кроме того, при эмоциональных нарушениях ослабляется поступление нисходящих импульсов на задние рога спинного мозга, что приводит к снижению порога болевой чувствительности и усилению болевых ощущений [12, 13]. Люди с тревожным складом характера даже небольшую импульсацию с мышц воспринимают как боль, которая вызывает мышечное напряжение, а оно, в свою очередь, усиливает боль. Более чем у половины пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника, имеются признаки хронического эмоционального напряжения [14, 15].

Исходя из современных представлений об основных патофизиологических механизмах развития хронических болей неспецифического характера в области шеи, сформулированы основные направления терапии таких пациентов. Рациональная противоболевая терапия основана на анализе механизмов компонентов боли и воздействии на основные ее составляющие. Выделяют медикаментозные и немедикаментозные методы терапии хронической цервикалгии. К основным группам лекарственных средств, применяемых при данной патологии, относятся препараты:

- уменьшающие выраженность болевого синдрома, купирующие асептическое воспаление и отек корешка поврежденного нерва (нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП, анестетики, глюкокортикоидные средства);
- купирующие спазм окружающих мышц (миорелаксанты);
- механизм действия которых связан со стимулированием синтеза гликозаминогликанов (ГАГ) и привнесением готовых ГАГ извне в измененную хрящевую ткань в поврежденном межпозвоночном диске (хондропротекторы — медленно действующие симптом- и структурно-модифицирующие препараты, SYSADOA).

К немедикаментозным способам лечения хронического болевого синдрома неспецифического характера в области шеи причисляют: физиотерапевтические методы; лечебную физкультуру (ЛФК); мышечно-энергетические техники; массаж; иглоукалывание.

Согласно положениям Neck Pain Task Force (2008), при 1-м и 2-м типах цервикалгий, характеризующихся отсутствием признаков и симптомов, свидетельствующих о серьезной структурной патологии, рекомендовано использовать образовательные программы, кратковременное ограничение двигательной активности, физические упражнения, мануальные методики, акупунктуру, НПВП, массаж, низковольтную терапию. Сомнительный эффект дают ношение воротника (корсета), ультразвуковая терапия, электростимуляция мышц, радиочастотная денервация.

Решение о начале терапии и выборе медикаментов в большинстве случаев диктуется длительностью боли, тяжестью симптомов и степенью дисфункции позвоночника, вызванной болью.

Инициальная терапия при хронической неспецифической цервикалгии предусматривает использование НПВП.

Имеются строгие доказательства их пользы при лечении острой боли и эпизодах усиления хронической боли [16]. Эффективность НПВП в лечении хронических болевых синдромов подтверждена в масштабных плацебоконтролируемых исследованиях, что позволило рассматривать их как «золотой стандарт» лечения большинства болевых мышечно-скелетных синдромов. Спектр НПВП, представленных на российском рынке, весьма широк — насчитывается 15 их наименований, в связи с чем очень актуален вопрос о рациональном выборе препарата в конкретной клинической ситуации. Так, из традиционных НПВП предпочтителен лорноксикам, дающий выраженный противоболевой эффект, обусловленный сбалансированным ингибированием циклооксигеназы (ЦОГ)-1/ЦОГ2, что позволяет купировать цервикалгию за короткий срок [17]. Хорошая переносимость и высокая эффективность препарата при внутривенном, внутримышечном или пероральном введении позволяют рассматривать его в качестве средства выбора при спондилогенных и скелетно-мышечных болевых синдромах [18].

У пациентов с обусловленной дегенеративными заболеваниями шейного отдела позвоночника цервикалгией и компрессионным радикулярным синдромом НПВП в режиме монотерапии не всегда дают быстрый и достаточный обезболивающий эффект. Снизить вероятность развития и выраженность проявления нежелательных лекарственных реакций при назначении НПВП, а также повысить эффективность терапии можно при комбинированном подходе к лечению болевого синдрома, поиске альтернативных способов лечения [19].

Учитывая нейропатический и миофасциальный компоненты боли при хронической цервикалгии, наряду с НПВП используют миорелаксанты. В эксперименте при применении тизанидина (Сирдалуд) продемонстрировано значительное снижение ulcerогенного эффекта ацетилсалициловой кислоты, индометацина, мелоксикама, нимесулида и напроксена. У пациентов, получавших комбинацию ибупрофена и тизанидина, частота желудочно-кишечных побочных эффектов, включая кровотечения, была достоверно ниже ( $p=0,002$ ), чем у пациентов, получавших комбинацию ибупрофена и плацебо [20]. Аналогичные результаты получены и при сравнении комбинации диклофенака и тизанидина с комбинацией диклофенака и плацебо в многоцентровом проспективном двойном слепом плацебоконтролируемом рандомизированном клиническом исследовании, проведенном в 6 странах Азиатско-Тихоокеанского региона и включавшем в себя 405 участников [21].

Особое место среди миорелаксантов при миофасциальных болевых синдромах занимает баклофен (Баклосан, компания Акрихин). Это — агонист ГАМК-рецепторов, центральный миорелаксант, который применяется в лечении спастичности спинального и церебрального происхождения. Результатом действия баклофена являются снижение тонуса скелетных мышц и анальгезирующий эффект, что определяет сферу его клинического применения [22]. При применении Баклосана в лечении мышечно-тонических и миофасциальных болевых синдромов в спине [23] достигнуты достоверное снижение интенсивности боли и степени выраженности мышечного напряжения, улучшение эмоционального состояния пациентов.

Целью мультицентрового постмаркетингового исследования BRAVO (Baclosan Russian Analysis View) являлось

изучение клинической эффективности и переносимости Баклосана в лечении дорсопатии. Исследование, в которое был включен 4201 пациент с болями в спине, проводилось в 5 крупных городах России. Мужчин было 36,5%, женщин – 63,5%, средний возраст пациентов – 49,9 года. Хронический болевой синдром отмечен у 38,5% пациентов, острый – у 61,5%. У 84% пациентов присутствовал мышечно-тонический синдром. Средняя длительность лечения составила 16,2 дня, средняя доза Баклосана – 24,5 мг/сут. Результатом применения Баклосана у больных с дорсопатией явился выраженный анальгетический эффект к 7–9-м суткам. Препарат обладает хорошей переносимостью, в дозе 30 мг/сут может быть рекомендован для купирования болевого синдрома в спине, преимущественно – с мышечно-тоническим и миофасциальным синдромами при средней и тяжелой степени выраженности болей; в комбинации с другими видами терапии Баклосан позволяет существенно сократить сроки лечения [24].

Механизм действия миорелаксантов, используемых при лечении хронической цервикалгии, связан с их блокирующим влиянием на передачу импульсов по нейронам спинного мозга. Это происходит вследствие уменьшения выделения ионов кальция из нервной клетки, что является причиной снижения количества нейромедиаторов – веществ, передающих нервный импульс; данный эффект обуславливает устранение мышечных рефлекторных реакций. Миорелаксанты, устраняя мышечное напряжение, прерывают порочный круг боль – мышечный спазм – боль [25]. При этом улучшается также периферическая микроцирку-

ляция, что дополнительно способствует стиханию обострения заболевания.

Как и НПВП, миорелаксанты не лишены побочных эффектов, наиболее частые из которых – сухость во рту, сонливость, гипотония, брадикардия, повышение активности печеночных ферментов.

Наиболее перспективный, но недостаточно разработанный аспект лечения боли в шее представлен методами устранения причин спондилогенной боли. К сожалению, пока не существует препаратов, способных воздействовать на факторы, вызывающие дегенеративные процессы в суставном аппарате позвоночника. В то же время хорошо себя зарекомендовали лекарственные средства, структурно модифицирующие хрящ. Механизм действия хондропротекторов связан со стимуляцией хондроцитов, снижением активности лизосомальных ферментов, увеличением резистентности хондроцитов к воздействию провоспалительных цитокинов, активацией анаболических процессов в матриксе хряща и созданием предпосылок для повышения его устойчивости. В специальных работах показано, что такие компоненты хондропротекторных препаратов, как глюкозамин и хондроитин, в больших дозах дают определенные противовоспалительные эффекты и ослабляют боль [26]. Эффективность родственных хрящевой ткани веществ – хондроитина и глюкозамина – выше эффективности плацебо (уровень доказательности – 1А); они обладают высокой биодоступностью и хорошей переносимостью. Использование препаратов этой группы позволяет значительно уменьшить дозы применяемых НПВП, что существенно снижает риск развития побочных эффектов.

# ХОНДРОГАРД®

ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТ  
Раствор для внутримышечного введения 1 мл №10  
2 мл №10



Обладатель высшей фармацевтической премии  
“Платиновая уncia”

ПОДВИЖНОЙ СУСТАВ



- Способствует более быстрому формированию костной мозоли при переломах
- Уменьшает дегенеративные изменения в хрящевой ткани
- Улучшает подвижность пораженных суставов
- Значительно уменьшает болевой синдром при остеоартрозе, остеохондрозе
- Раствор имеет высокую биодоступность

Информация для специалистов  
Регистрационный номер: ЛСР - 005817/09 - 170709

Хондроитин сульфат рекомендован Европейской ревматической лигой (EULAR) как препарат замедленного действия (SYSADOA), оказывающий симптоматическое и структурно-модифицирующее действие. Применение препаратов, потенциально способных модифицировать обменные процессы в хряще, привлекает к себе внимание прежде всего из-за их безопасности при лечении хронической суставной патологии. Они характеризуются, с одной стороны, действием на боль и функцию суставов, сопоставимым с таковым у НПВП (хотя и более медленно развивающимся), с другой — способностью влиять на течение заболевания и его исход, замедляя прогрессирование болезни. Хондроитин сульфат — главный компонент экстрацеллюлярного матрикса большинства биологических тканей, включая связки, хрящ, сухожилия. По химической структуре хондроитин сульфат — сульфатированный ГАГ, гетерогенная группа соединений, имеющих разную молекулярную массу и удельный вес. То, что они имеют сходную, но способную изменяться первичную структуру, позволяет хондроитин сульфату специализировать биологические функции в пределах живого организма. Хондроитин сульфат участвует в поддержании гидратирования хряща; сохраняет воду в толще хряща в виде водных полостей, создающих хорошую амортизацию и поглощающих удары, что в итоге повышает прочность соединительной ткани; участвует в транспорте аминокислот и липидов в аваскулярных участках хряща, что играет важную роль в обеспечении вязкоэластичных и механических свойств ткани.

Эффективность и переносимость парентерального хондроитин сульфата Хондрогард (Сотекс ФармФирма ЗАО) в составе средств для лечебно-медикаментозных блокад (ЛМБ), выполняющихся в амбулаторных условиях при фасеточном синдроме и дисфункции крестцово-подвздошного сочленения, были изучены в исследовании, в которое вошли 32 пациента обоих полов в возрасте от 45 до 66 лет. Больные были разделены на 2 группы: основную и контрольную по 16 человек в каждой. В основной группе фасеточный синдром диагностирован у 13 пациентов, сочетание фасеточного синдрома и дисфункции крестцово-подвздошного сочленения — у 3, в контрольной группе — соответственно у 12 и 4 пациентов. Болевой синдром оценивали по вербальной ранговой шкале. Пациентам обеих групп была назначена общепринятая медикаментозная терапия: НПВП, миорелаксанты, витамины группы В, физиолечение, ЛФК, массаж, рекомендован оптимальный двигательный режим. Пациентам основной группы были проведены ЛМБ 0,25 раствором новокаина (10 мл) и Хондрогардом (200 мг). Инъекции производили в точки локальной болезненности (паравертебрально) при фасеточном синдроме и в область крестцово-подвздошного сочленения при сочетанной патологии. Блокады проводились через день, на курс лечения — 15 процедур; курс лечения в обеих группах составил 30 дней. В ходе исследования установлена хорошая переносимость препарата Хондрогард. Неблагоприятных реакций как общих, так и местных (в местах инъекций) не отмечалось. На фоне терапии препаратом Хондрогард в составе средств для ЛМБ достигнуто более значительное улучшение состояния пациентов основной группы, нежели контрольной ( $p < 0,05$ ). Авторы делают вывод, что препарат Хондрогард в составе средств для ЛМБ №15 в базовой дозе 200 мг/сут эффективен при лечении фасеточного синдрома и дисфункции крестцово-подвздошного сочленения. Благодаря его хорошей переносимости можно вводить пре-

парат паравертебрально на уровне пояснично-крестцового и грудного отделов позвоночника и в область крестцово-подвздошного сочленения [27]. Доказанное симптомомодифицирующее действие препарата на интенсивность болевых синдромов ноцицептивной природы позволяет уменьшить дозы НПВП, существенно снизить риск осложнений лекарственной терапии.

Для уменьшения болевых ощущений в области шеи, помимо медикаментозных средств, используют физические методы: магнитотерапию, синусоидально-модулированные токи, ионогальванизацию с обезболивающими средствами (прокаин, лидокаин), фонофорез. Физиотерапевтические методы оказывают стимулирующее действие, восстанавливая пораженные участки хрящевой ткани и снимая интенсивность симптоматики. В основе процедур лежит воздействие на пораженные участки таких факторов, как холод, тепло, разнообразные излучения. К основным эффектам физиотерапии при вертеброневрологических болевых синдромах относят снятие болевых ощущений, расслабление спазмированных мышц. Следует помнить, что физиопроцедуры при цервикалгии влияют на организм положительно только при их проведении в период ремиссии и затихания обострения.

Особое место в борьбе с болями в шее занимает профилактика их появления. Один из ключевых факторов формирования цервикалгии — постуральный. Организация ежедневной физической нагрузки, рабочего места, спортивные занятия должны подбираться индивидуально для каждого пациента.

Терапия хронической мышечно-скелетной боли, в том числе в области шеи, — чрезвычайно сложная проблема, и при ее решении главными для врача и пациента должны быть следующие задачи: редукция боли, психологического дистресса, возобновление нормального уровня активности, восстановление профессионального статуса. Часто при терапии хронической боли в области шеи требуется интенсивная междисциплинарная реабилитация с участием нескольких специалистов и применением дополнительных нефармакологических методов.

## Литература

1. Левин О.С. Диагностика и лечение вертеброгенной шейной радикулопатии // *Consilium Medicum. Неврология. Ревматология.* — 2010; 1: 59–63.
2. Крамчатнов П.П. Повышение эффективности противоболевой терапии при дегенеративных поражениях позвоночника // *Фарматека.* — 2012; 14: 45–9.
3. Cassidy J., Carroll L., Co'te' P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults // *Spine.* — 1998; 23: 1860–7.
4. Croft P., Lewis M., Papageorgiou A. et al. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population // *Pain.* — 2001; 93: 317–25.
5. Fejer R., Kyvik K., Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature // *Eur. Spine J.* — 2006; 15 (6): 834–48.
6. Kato S., Takeshita K., Matsudaira K. et al. Normative score and cut-off value of the Neck Disability Index // *J. Orthop. Sci.* — 2012 Aug 16. (Epub ahead of print).
7. Chiu T., Leung A., Lam P. Neck pain in Hong Kong: a telephone survey on consequences and health service utilization // *Spine.* — 2010; 35 (21): 1088–95.
8. McLean S., May S., Klaber-Moffett J. et al. Risk factors for the onset of non-specific neck pain: a systematic review // *J. Epidemiol. Community Health.* — 2010; 64: 565–72.
9. Enthoven P., Skargren E., Oberg B. Clinical course in patients seeking primary care for back or neck pain: a prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis // *Spine.* — 2004; 29: 2458–65.

10. Radhakrishnan K., Litchy W., O'Fallon W. et al. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990 // *Brain*. – 1994; 117: 325–35.
11. Fejer R., Leboeuf-Yde C. Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review // *Chiropr. Man. Therap.* – 2012; 20 (1): 24–32.
12. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Мышечные боли как проблема пациента в амбулаторной практике // *Справочник фельдшера и акушерки*. – 2011; 10: 19–26.
13. Finnerup N., Jensen T. Spinal cord injury pain-mechanisms and treatment // *Eur. J. Neurol.* – 2004; 11: 73–82.
14. Григорьева В.Н., Густов А.В. Психологическая характеристика больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза // *Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. – 1997; 3: 12–5.
15. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Синдром дорсалгии // *Справочник фельдшера и акушерки*. – 2009; 9: 17–26.
16. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли. Клинические рекомендации / М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2010; 67 с.
17. Ahmed M., Al-Badr A. Lornoxicam // *Profiles Drug Subst. Excip. Relat. Methodol.* – 2011; 36: 205–39.
18. Herrmann W., Geertsen M. Efficacy and safety of lornoxicam compared with placebo and diclofenac in acute sciatica/lumbo-sciatica: an analysis from a randomised, double-blind, multicentre, parallel-group study // *Int. J. Clin. Pract.* – 2009; 63 (11): 1613–21.
19. Кукес А.К., Стародубцева В.Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; 832 с.
20. Berry H., Hutchinson D. Tizanidine and ibuprofen in acute low-backpain: Results of a double-blind multicentre study in general practice // *J. Intern. Med. Res.* – 1988; 16: 83–91.
21. Sirdalud Ternilin Asia-Pacific Study group. Efficacy and gastroprotective effects of tizanidine plus diclofenac versus placebo plus diclofenac in patients with painful muscle spasm // *Curr. Ther. Res.* – 1998; 59: 13–22.
22. Окнин В.Ю. Баклофен в неврологической практике // *Лечение нервных болезней*. – 2002; 3: 34–7.
23. Федотова А.В., Вознесенская Т.Г. Баклофен при лечении болей в спине (мышечно-тонических и миофасциальных болевых синдромов) // *Лечение нервных болезней*. – 2004; 2: 19–22.
24. Корешкина М.И. Баклосан (баклофен) в лечении болей в спине: результаты многоцентрового исследования BRAVO // *Журн. неврол. и психиатр.* – 2009; 8: 68–9.
25. Парфенов В.А. Диагноз и лечение при острых болях в нижней части спины // *Рус. мед. журн.* – 2007; 15 (6): 506–9.
26. Бадюкин В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза // *Consilium Medicum*. – 2009; 11 (9): 91–5.
27. Игнатова А.В. Опыт применения препарата Хондрогард в составе лечебно-медикаментозных блокад в лечении фасеточного синдрома и дисфункции крестцово-подвздошного сочленения в амбулаторных условиях // *РМЖ*. – 2013; 5: 1–3.

## **NONSPECIFIC CERVICALGIA: EPIDEMIOLOGY, OCCURRENCE FACTORS, CURRENT MEDICAL TREATMENT CONCEPTS**

**L. Shirokova<sup>1</sup>, MD; M. Mokrousova<sup>1,2</sup>; R. Bulanov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Yaroslavl State Medical University

<sup>2</sup>Clinical Hospital Three, Yaroslavl

*The paper analyzes the epidemiology and development factors of vertebrogenic cervicalgia. It discusses the current concepts of medical therapy for nonspecific chronic neck pains.*

**Key words:** nonspecific cervicalgia, epidemiology, risk factors, medical therapy.