

М.В. Тардов

**НА ГРАНИЦЕ НЕВРОЛОГИИ
И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**

**Под редакцией
члена-корреспондента РАН А.И. Крюкова**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	4
Благодарности	5
Предисловие	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Глава 1. Миофасциальный синдром	8
Глава 2. Миофасциальный синдром в клинике лор-болезней	20
Глава 3. Боли лицевые — общая характеристика	30
Глава 4. Боли невропатические	50
Глава 5. Боли лицевые дисфункциональные	70
Глава 6. Головокружение и нистагм	78
Глава 7. Головокружение системное и несистемное	95
Глава 8. Шейное головокружение	109
Глава 9. Синдром Костена	127
Глава 10. Мигрень и головокружение	146
Глава 11. Храп и синдром обструктивного апноэ сна	160
Глава 12. Нарушение обоняния и вкуса	181
Глава 13. Ушной шум	198
Глава 14. Дисфония, парез гортани, ком в горле	213
Глава 15. Психические расстройства в клинике лор-болезней	237
Заключение	254

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ЛОР-БОЛЕЗНЕЙ

Тардов М.В.

Группа экспертов Международной ассоциации по изучению боли дала следующее определение МФБС: хронический болевой синдром, возникающий от одного или нескольких триггерных пунктов одной или нескольких мышц позвоночника. В это определение включены только скелетные мышцы. Однако жевательные, мимические мышцы и даже мышцы внутреннего уха также относятся к поперечно-полосатой мускулатуре, то есть способны формировать ТТ, в том числе вторичные в зонах отражения от скелетных мышц.

Локальные гипертонусы в мышцах шеи и лица могут проявляться в виде болевых и неболевых феноменов. Боль в области лица и шеи — частая жалоба не только на приеме у невролога и терапевта, но также и в кабинете оториноларинголога, однако патология лор-органов обнаруживается не всегда, при этом МФБС в указанной зоне может имитировать заболевания носа, глотки, гортани и околоносовых пазух.

Собственные данные, включающие результаты обследования нескольких тысяч больных, обратившихся в НИКИО им. Л.И. Свержевского в связи с жалобами на характерные боли в области головы и шеи при отсутствии патологии со стороны лор-органов, позволяют утверждать, что в 27,5% случаев имели место головные боли напряжения с наличием ТТ и в 20,6% случаев — МФБС, имитирующий заболевания околоносовых пазух, уха и горла. В результате мануального тестирования мышечной системы были выявлены ТТ, пальпация которых воспроизводила характерный для пациента болевой паттерн, послуживший поводом обращения к лор-врачу. При этом отраженные боли имитировали патологические процессы практически во всех лор-органах (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Локализация отраженных болей у пациентов с миофасциальными синдромами перикраниальной мускулатуры

Локализация боли	Имитируемая нозология	Распространенность, %
Ухо	Отит	40
Проекция верхнечелюстных пазух	Гайморит	7
Проекция лобных пазух	Фронтит	17
Горло	Фарингит	13
Подчелюстная область	Ларингит	7
Заушная область	Мастоидит	9
Нос	Ринит	7

ТТ выявлены в шейных и жевательных мышцах в разном сочетании (табл. 2.2), при этом приблизительно по 1/3 ТТ пришлось на трапецевидную, жевательные и подзатылочные мышцы, а у 10% пациентов выявлено более одной ТТ. По-видимому, в этих случаях речь идет о формировании вторичных ТТ, которые могут продуцировать боли в новой области, утяжеляя страдания больного.

Таблица 2.2

Распределение миофасциальных триггеров, имитирующих заболевания лор-органов, в перикраниальной мускулатуре (n = 94), %

Мышца	Распространенность
Кивательная	7
Трапецевидная	33
Нижняя косая головы	24
Передняя прямая головы	13
Височная	16
Жевательная	16
Двубрюшная	1

Существенным фактом считается запаздывание корректной диагностики МФБС в области лица: в исследуемой группе лишь 21% пациентов были осмотрены неврологом в течение первого месяца от начала заболевания, 16% имели анамнез заболевания длительностью от 1 до 3 мес, остальные 63% составили пациенты с многолетней историей страдания.

Важнейшую роль в постановке правильного диагноза играет описание характера болей: ноющего или тянущего с усилением при определенных движениях. Локализация боли и тип усиливающего ее движения указывают на мышцу, которую необходимо исследовать. В целях подтверждения генеза болевого синдрома проводится обезболивание выявленных ТТ: новокаиновые блокады или аппликации пластырей с лидокаином. Дальнейшее лечение, направленное на релаксацию соответствующих мышц и инактивацию ТТ, приводит к купированию болевого синдрома в области лор-органов.

Важно помнить, что ТТ могут быть не только активными, но и латентными, для них локальная болезненность характерна лишь при пальпации и без иррадиации в типичную зону. Латентные ТТ встречаются в 10 раз чаще активных и, безусловно, участвуют в формировании болевых синдромов. Существенным фактом служит образование вторичных и третичных ТТ в зонах отражения болей из первичной ТТ; диагностическое тестирование включает поиск всех проблемных пунктов в мышцах соответствующих областей.

Принципиальную информацию для правильной диагностики может дать оценка зубной окклюзии. По некоторым данным, до 30% молодых людей страдают болевой ДВНЧС различной степени выраженности. Зачастую даже субклинические формы патологии височно-нижнечелюстной системы приводят к развитию ТТ в жевательных мышцах, маскируясь под типичную картину хронического синусита. Другой причиной алгических синдромов в области лица служит постхлыстовый синдром, которому свойственны ТТ в жевательных мышцах с иррадиацией болей в область проекции околоносовых пазух.

На рис. 2.1 приводятся схемы отражения болей от ТТ в различных мышцах головы и шеи.

Так, триггеры в разных порциях жевательной мышцы могут вызывать боль, имитирующую гайморит, фронтит или отит, боль в зубах верхней или нижней челюсти. ТТ в разных частях височной мышцы вызывают местную болезненность и отражают боль под маской фронтита или зубной боли в верхней челюсти. ТТ в разных частях височной мышцы вызывают местную болезненность и отражают боль в зону проекции лобной пазухи (фронтит) или в верхнюю челюсть. Говоря о лице, обязательно нужно помнить о множестве мимических



Рис. 2.1. Триггеры в мышцах головы и шеи (обозначены крестиками) и отраженные боли (обозначены черным цветом)

мышц, ТТ в которых создают болевой эффект в проекции гайморовой пазухи (гайморит) — это большая и малая скуло-

вые мышцы, щечная и поднимающая угол рта мышцы. Боли зубного типа в области нижней челюсти могут быть связаны с ТТ в мышцах, опускающих угол рта и нижнюю губу, в подбородочной мышце. Боль в зоне проекции лобной пазухи (фронтит) может объясняться ТТ в круговой мышце глаза или лобной мышце. Также заслуживает упоминания затылочно-лобная мышца. Отраженные от триггера в лобном брюшке боли локализуются в лобной области, что соответствует зоне лобной пазухи (фронтит). Болевая иррадиация от триггера в затылочном брюшке создает неприятные ощущения глубоко в орбите, заставляя думать в том числе о сфеноидите.

Лицевые триггеры с учетом взаимоотношений мышц головы и шеи часто бывают вторичными в зоне отражения шейных ТТ. В то же время шейные триггеры создают свой болевой рисунок: так, подкожная мышца шеи создает картину болей в горле, а иногда — ощущение кома в горле (КГ). Нередко МФБС развивается в грудино-ключично-сосцевидной мышце, что объясняется высокой потребностью ее функционирования в современных условиях: совместно с группой коротких задних мышц шеи она обеспечивает положение головы, необходимое для фиксации взгляда на книге, мониторе, клавиатуре и т.д. В результате ТТ в медиальном и латеральном брюшках могут имитировать картину фронтита, отита и фарингита.

Нередко в основе МФБС области головы и шеи лежит дисфункция желудка (гастрит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.): висцеральная импульсация приводит к гипотонии коротких флексоров шеи и ключичной порции большой грудной мышцы. Такое нарушение тонуса вызывает напряжение в коротких экстензорах шеи с формированием ТТ, определяющих МФБС, которое имитирует проявления отита, мастоидита или сфеноидита.

Говоря о тонусном дисбалансе и формировании триггеров во флексорах и экстензорах шеи, нельзя не упомянуть снова о хлыстовой травме шеи — весьма распространенном явлении при нынешнем типе транспортного движения. Резкое переизгибание шейного отдела позвоночника с последующим рикошетным сгибанием наносит травму не только позвонкам и межпозвонковым дискам, но и самим мышцам шеи, в первую очередь грудино-ключично-сосцевидной мышце, а также группе подзатылочных мышц. В течение нескольких недель в области травмы формируются локальные мышечные гипер-

тонусы, которые в дальнейшем могут служить как болевыми, так и неболевыми триггерами.

Согласно Л.С. Симонсу и Дж.Г. Трэвелл, МФБС может проявляться и в неболевых симптомах. К их числу относятся кохлеарные проявления: заложенность или чувство наполненности в ухе часто связано с локальным гипертонусом в медиальной крыловидной мышце, под которой ущемляется мышца, напрягающая мягкое нёбо, в результате чего утрачивается возможность открытия устья слуховой трубы. Одновременно под воздействием мышцы, напрягающей мягкое нёбо, повышается тонус мышцы, напрягающей барабанную перепонку, что может приводить к снижению слуха нейросенсорного типа. То же происходит при формировании в мышце, напрягающей барабанную перепонку, вторичной ТТ — в зоне отражения ТТ кивательной мышцы. Тиннитус может возникать при активации ТТ в стременной мышце, находящейся в области иррадиации ТТ верхних волокон глубокой части жевательной мышцы.

При остром снижении слуха или возникновении ушного шума (после пребывания на дискотеке или после занятий в спортзале), собирая анамнез, необходимо выяснить, не меняется ли слух при каком-то особом положении головы, а затем исследовать соответствующую мышцу шеи на наличие болевой зоны. Далее выполнить ее компрессию на 5–10 с и уточнить у пациента, не менялся ли слух во время компрессии, а также интенсивность и тональность шума в ухе.

Также неболевым проявлением МФБС может быть головокружение, связанное с различным тонусом парных мышц шеи, который формируется под воздействием позного напряжения и создает поток неадекватной сенсорной информации, поступающий в стволовой невральный интегратор. Оттуда в свою очередь вестибулярный анализатор получает ложную информацию, подобную информации о качающейся палубе, — зачастую именно этими словами пациенты описывают свои ощущения. Возможен вариант запуска приступов несистемного и системного головокружения (СГ) при стимуляции миофасциальных ТТ в мышцах шеи, как правило, в грудино-ключично-сосцевидной мышце (см. клинический случай 2.1). Наш опыт анализа различных форм кохлеовестибулярных синдромов у нескольких сотен пациентов показал, что в 34% случаев симптоматика объяснялась МФБС в области головы и шеи, при этом 64% больных имели многолетний анамнез головокружений и шума в ушах.

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения МФБС сформулировали Л.С. Симонс и Дж.Г. Трэвелл более 30 лет назад: обезболивание, расслабление и растяжение. Каждая из составляющих терапии может включать медикаментозные и физические методы воздействия.

В качестве обезболивающей терапии в НИКИО им. Л.И. Свержевского применяют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) — селективные ингибиторы циклооксигеназы-2: мелоксикам по 15 мг утром, эторикоксиб по 90 мг утром или нимесулид по 100 мг утром. Препарат подбирают с учетом индивидуальной чувствительности и возможности увеличения суточной дозы в 1,5–2,0 раза курсом 5–10 дней. При выраженных локальных болях десятидневным курсом назначают аппликации пластырей с лидокаином на болевую область — до трех пластырей одновременно на 12 ч с суточным перерывом. Хороший эффект отмечается при сочетании медикаментозной и физиотерапии: фонофорез с гидрокортизоном с последующим элетрофорезом новокаина на шейно-воротниковую область — 8–12 процедур.

Для расслабления мышцы с успехом используются миорелаксанты центрального действия: тизанидин по 2–4 мг 2 раза в сутки, толперизон по 150 мг 3 раза в сутки или баклофен по 10 мг 2 раза в сутки. Во избежание развития побочного эффекта в виде сонливости, особенно для водителей автотранспорта, первая доза принимается вечером накануне выходного дня. Далее подбирается индивидуальная доза в зависимости от выраженности основного и побочного эффекта; курс — 10–20 дней. Местные процедуры: компрессия вовлеченной мышцы (после обезболивания) для достижения постишемической гиперемии и горячие примочки (по Л.С. Симонсу). Хороший расслабляющий эффект создают разогревающие мази.

Растяжение пораженной мышцы осуществляется по мере обезболивания и расслабления. Эффективны сочетания мягкотканых методик мануальной терапии и остеопатии с использованием постурологических и кинезиологических подходов, упражнения постизометрической релаксации. Курс включает 6–8 процедур с частотой 1–2 раза в неделю в зависимости от эффекта.

Длительно испытываемые пациентом боли, так же как и нарушения слуха и координации движений, приводят к невротизации. В зависимости от преобладания тревожных или депрессивных элементов эмоционального расстройства в алгоритм лечения включают препараты с противотревожным или антидепрессивным действием.

По нашим данным, возможна полная элиминация болевых ТТ. В то же время снижается и интенсивность неболевых проявлений МФБС: инактивируются триггеры шума и головокружения, в том числе ТТ, провоцирующие приступы, подобные приступам болезни Меньера, регрессируют и иные симптомы (табл. 2.3):

- несмотря на отсутствие достоверного повышения остроты слуха в среднем по группе, у 10% пациентов аудиометрические показатели нормализовались;
- достоверно снизилась субъективная интенсивность тиннитуса;
- достоверно уменьшилась доля пациентов с нистагмом;
- достоверно снизились средние показатели дезадаптированности, связанной с головокружением, и субъективная оценка ушного шума.

Таблица 2.3

Динамика кохлеовестибулярных расстройств после курса лечения миофасциального болевого синдрома

Показатель		До лечения	После лечения
Снижение остроты слуха, дБ		13,00±14,8	10,17±11,65
Субъективная интенсивность шума (шкала Aksoy S.), баллы		24,73±20,9	8,90±9,35*
Нистагм по данным видеонистагмографии, %	Спонтанный	40	7*
	Скрытый спонтанный	80	20*
	Встряхивание головы	100	27*
	Шейный позиционный	100	33*
Степень дезадаптации от головокружения (Jacobson G.P., Newman C.W.), баллы	Функциональная	12,47±2,6	3,60±1,7*
	Эмоциональная	25,20±4,6	9,40±2,6*
	Физическая	20,00±4,1	5,93±2,8*

* $p < 0,05$.

После достижения эффекта стабильное состояние пациенты поддерживают, выполняя предписанный комплекс лечебной физкультуры и регулярных дозированных динамических физических нагрузок типа плавания вольным стилем, брасом или на спине. Также принципиально важна правильная организация рабочего места: хорошая опора для предплечий и спины, расположение монитора на комфортной высоте и расстоянии от глаз при работе за компьютером. Даются рекомендации по подбору спального места: плотный матрас, подушка комфортной высоты и плотности.

Предлагаемый комплекс процедур воздействует как на болевые, так и на неболевые ТТ, купируя проявления МФБС. В случае раннего обращения комплекс предлагаемых мер позволяет в течение 2–3 нед достигнуть стойкого положительного результата в виде купирования болевого и кохлеовестибулярного синдромов, обусловленных активностью миофасциальных триггеров. Большую роль в успехе лечебного процесса играет изменение образа жизни пациента, в особенности характера физических нагрузок: фиксированного несимметричного напряжения мышц при работе с персональным компьютером, при длительном пребывании за рулем автомобиля, при чтении текста на мониторе наладонного устройства и др. Лечение длительно существующего лицевого МФБС представляет собой существенно более сложную задачу и требует более длительного лечения, иногда со смещением акцента терапии на психотропные средства и психотерапию, как это рекомендуется при лечении хронических болей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.1

Больная Д. 22 лет обратилась в НИКИО им. Л.И. Свержевского с жалобами на эпизоды СГ со смещением предметов по часовой стрелке, длительностью от 5 до 24 ч, сопровождающиеся тошнотой и многократной рвотой, частотой до 2 раз в неделю. Впервые указанные явления возникли за 3 мес до обращения на фоне подготовки к сессии, когда пациентка в течение 2 нед ежедневно по многу часов проводила с книгой в руках или перед монитором ноутбука в положении лежа на спине. Отдельные эпизоды начинались после резкого поворота головы налево и вверх.

Общее и неврологическое обследование, вестибулярные тесты не выявили патологических симптомов. При исследовании мышечной системы определяется напряжение и укорочение в группе лестничных мышц, более выраженное слева, также слева преобладает напряжение и укорочение горизонтальной порции трапецевидной мышцы. *Пальпация ТТ в правой грудино-ключично-сосцевидной мышце вызывает потемнение в глазах и СГ, при этом появляется мелкоразмашистый горизонтальный нистагм влево.* В позиции де Клейна (поворот головы с ее запрокидыванием) возникает вертикальный нистагм вверх, который не истощается, не сопровождается головокружением. Рентгенография шейного отдела позвоночника показывает минимальные проявления остеохондроза.

В результате курса терапии согласно приводимой выше схеме достигнут стойкий положительный результат в виде полного отсутствия приступов головокружения. Локальные гипертонусы в перикраниальных мышцах инактивированы.

Заключение. По-видимому, к формированию описанных ТТ привело напряжение перикраниальных мышц, спровоцированное длительным пребыванием головы и шеи в неадекватной статической позиции. Проявлением активности одной из них (в кивательной мышце) и были приступы СГ с обильной вегетативной симптоматикой, подобные пароксизмам болезни Меньера и купированные разработанным лечебным комплексом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бубнов Р.В., Клитинский Ю.В. Использование «сухого» иглоукалывания триггерных точек под ультразвуковым контролем в лечении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Первичный опыт // Дентальные технологии. 2010. № 1 (44). С. 45–52.
2. Дадашева М.Н., Агафонов Б.В., Шевцова Н.Н. Алгоритм терапии миофасциального болевого синдрома // Трудный пациент. 2013. № 11. С. 47–50.
3. Bron C., Dommerholt J.D. Etiology of Myofascial Trigger Points // Curr Pain Headache Rep. 2012. Vol. 16. P. 439–444.
4. Gerwin R. Myofascial pain syndrome: here we are, where must we go? // J. Musculoskeletal Pain. 2010. Vol. 18. P. 329–347.
5. Hoyle J.A., Marras W.S., Sheedy J.E. et al. Effects of postural and visual stressors on myofascial trigger point development and motor unit rotation during computer work // J. Electromyogr. Kinesiol. 2011. Vol. 21. P. 41–48.