

## Оглавление

Благодарности.....	4
Предисловие .....	5
Авторский коллектив .....	6
Сокращения .....	7
<b>Глава 1. Миофасциальный синдром .....</b>	<b>8</b>
<b>Глава 2. Миофасциальный синдром в клинике ЛОР-болезней ....</b>	<b>19</b>
<b>Глава 3. Боли лицевые — общая характеристика.....</b>	<b>29</b>
<b>Глава 4. Боли нейропатические .....</b>	<b>49</b>
<b>Глава 5. Боли лицевые дисфункциональные.....</b>	<b>69</b>
<b>Глава 6. Головокружение и нистагм.....</b>	<b>77</b>
<b>Глава 7. Головокружение системное и несистемное .....</b>	<b>93</b>
<b>Глава 8. Шейное головокружение.....</b>	<b>108</b>
<b>Глава 9. Синдром Костена .....</b>	<b>127</b>
<b>Глава 10. Мигрень и головокружение .....</b>	<b>146</b>
<b>Глава 11. Храп и синдром обструктивного апноэ сна .....</b>	<b>161</b>
<b>Глава 12. Нарушение обоняния и вкуса .....</b>	<b>182</b>
<b>Глава 13. Ушной шум .....</b>	<b>201</b>
<b>Глава 14. Дисфония, парез гортани, «ком в горле».....</b>	<b>216</b>
<b>Глава 15. Психические расстройства в клинике ЛОР-болезней: взгляд психоаналитика .....</b>	<b>242</b>
Заключение .....	253
Алфавитный указатель .....	254

## Сокращения

ВА — вестибулярный анализатор  
ВАШ — визуальная аналоговая шкала (боли)  
ВБС — вертебробазилярная артериальная система  
ВНЧС — височно-нижнечелюстной сустав  
ВОР — вестибулоокулярный рефлекс  
ВСА — внутренняя сонная артерия  
ГБН — головные боли напряжения  
ГЭРБ — гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь  
ДВНЧС — дисфункция височно-нижнечелюстного сустава  
ДППГ — доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение  
ЗСА — задняя соединительная артерия  
КБСЛ — комплексный болевой синдром лица  
КВС — кохлеовестибулярный синдром  
КРБС — комплексный регионарный болевой синдром  
МКГБ-3 — Международная классификация головных болей 3-го пересмотра  
МКОБ — Международная классификация орорфациальной боли  
МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография  
МФБС — миофасциальный болевой синдром  
НСА — наружная сонная артерия  
НТН — невралгия тройничного нерва  
ОНП — околоносовые пазухи  
ОУШ — объективный ушной шум  
ПА — позвоночная артерия  
ПИДБ — персистирующая идиопатическая дентоальвеолярная боль  
ПИЛБ — персистирующая идиопатическая лицевая боль  
ПИР — постизометрическая релаксация  
ПДС — позвоночно-двигательный сегмент  
ПОЛБ — постоянная односторонняя лицевая боль с дополнительными приступами  
СУШ — субъективный ушной шум  
ТИА — транзиторная ишемическая атака  
ТТ — триггерная точка  
УЗИ — ультразвуковое исследование  
УШ — ушной шум  
ХТ — хлыстовая травма  
ШГ — шейное головокружение  
ЭНМГ — электронейромиография  
ЭЭГ — электроэнцефалография

# Глава 1

---

## МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

*М. В. Тардов, А. В. Болдин*

### История вопроса

Начало книги может показаться неожиданным, но к понятию миофасциального синдрома придется обращаться практически во всех разделах этой книги, поскольку мышцы присутствуют во всех частях тела и, являясь источником болевой импульсации, могут имитировать самые разные заболевания, относящиеся, в том числе, к области головы и шеи. Кроме того, благодаря рефлекторным механизмам, зона возбуждения в мышце может приводить к развитию многочисленных, с первого взгляда, не связанных с мышечной системой, явлений. Сюда относятся вегетативные симптомы в виде изменения потоотделения и цвета кожи; головокружение; шум в ухе, заложенность уха и снижение слуха. Несмотря на широкое распространение перечисленных феноменов, болевые проявления описываются, как правило, в рамках отдельных специальностей применительно к узкому спектру нозологий, а неболевые миогенные симптомы, такие как головокружение и тиннитус, вообще не находят отражения в литературе. В этой главе мы попытались суммировать информацию о мышечно-тонических синдромах, накопленную к сегодняшнему дню в разных отраслях медицины.

Доктором *J. Travell* в 1948 г. было введено понятие миофасциальной триггерной точки (ТТ), под которой понимали «гипервозбудимую» точку, расположенную обычно в пределах плотного пучка скелетной мышцы или в мышечной фасции, болезненную при компрессии и способную вызывать

характерную отраженную боль, болезненность, и автономные (вегетативные) явления.

Учитывая высокую распространенность мышечной боли во всех возрастных группах, достигшую, по оценке многих исследователей, 65–75 %, понятен интерес исследователей и практических докторов к данной проблеме во все времена. *Frorier* в 1834 г. называл «мышечной мозолью» болезненные тяжи в мышцах. *Вирхов* пользовался термином «мышечный ревматизм», а *Lewellyn* и *Jones* (1915 г.) те же явления описывали как «фиброзит». В литературе можно встретить понятия «зоны миогеллеза» *Шаде*, «миалгические точки» *Гатштейна*, узелки *Корнелиуса*, узлы *Мюллера*, отраженные мышечные боли *Келлгрена*. Наиболее фундаментальным исследованием по миофасциальному синдрому стал труд *J. Travell* и *D. Simons*, опубликованный в 1984 г. Со времени издания этой работы весь мир стал пользоваться единой терминологией.

## Патогенез миофасциального синдрома

Огромное значение в патогенезе миофасциального болевого синдрома (МФБС) имеет висцеральная импульсация от пораженных органов и суставов. О наличии висцеро-моторных рефлексов известно более 150 лет. Еще *Н. И. Пирогов* (1847 г.) наблюдал судорожное сокращение мышц бедра при растяжении сфинктеров прямой кишки под наркозом (цит. по *И. О. Жорову*, 1951 г.). Указания на двигательные реакции, возникающие при раздражении различных внутренних органов, можно встретить в экспериментальных работах *Н. П. Симановского* (1881 г.), *И. П. Павлова* (1898 г.), *Риттера* (1909 г.), *Торато Сано* (1909 г.), *Неймана* (1910 г.), *П. Ф. Дмитренко* (1916 г.) и др. Подробное их описание и исследование в 1957 г. провел *М. Р. Могендович*.

Дальнейшие исследования выявили конкретные связи между определенными органами и мышцами, с ними ассоциированными, а также были разработаны методика мышечного тестирования и определение стретч-рефлекса — реакции мышцы на растяжение. При патологии внутреннего органа ассоциированная с ним мышца реагирует снижением стретч-рефлекса и возникает реакция мышечной гипотонии, что в свою очередь вызывает повышение тонуса в мышце-антагонисте. Возникает мышечная дисфункция. Данная дисфункция (дистония) приводит к патобиомеханическим нарушениям, проявляющимся целым комплексом симптомов: нарушение осанки, изменение определенных регионарных паттернов движения, смещение

общего и регионального центров тяжести, формирование «остановленного падения». При этом возникают неблагоприятные условия для функционирования мышечных групп, компенсирующих ослабление гипотоничного агониста; в то же время происходит перегрузка мышц региона, компенсирующего смещение общего центра тяжести. Совокупность этих реакций вызывает болевые синдромы в отдалении от зоны первичной дисфункции — миофасциальные феномены.

Так, например, при патологии желудка (нарушение его подвижности, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.) часто возникает гипотония коротких флексоров шеи и ключичной порции большой грудной мышцы. В результате чего возникает гипертонус антагонистов — коротких экстензоров шеи, что будет проявляться спазмом и болью в подзатылочной области. Также это может повлечь за собой целый каскад краниальных нарушений, в том числе и развитие кохлеовестибулярного синдрома (КВС). Гипотония большой грудной мышцы может вызвать межлопаточный болевой синдром, а также привести к гипотонии грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Данные биомеханические нарушения приводят к напряжению лестничных мышц, с возможным формированием синдрома передней лестничной мышцы, а также увеличивают нагрузку на зону шейно-грудного перехода с формированием в нем функциональных блоков.

Говоря о патогенезе МФБС, нельзя не упомянуть о модели, представляющей скелетно-мышечную систему как структуру сбалансированного сжатия/натяжения (напряженной целостности, т. н. тенсегрити). Слово тенсегрити было предложено английским дизайнером, архитектором и ученым Ричардом Бакминстером Фуллером и состоит из двух корней: *tension* — «натяжение» и *integrity* — «стойкость, взаимодействие, прочность». Этим термином он обозначил структуры, которые сохраняют стабильность за счет поддержания равновесия между силами постоянного натяжения, действуя на структуру в целом. При этом все части этой структуры взаимосвязаны, и любое возмущение извне приводит к немедленному реагированию всей системы.

Т. Маейр применил принципы напряженной целостности для исследования функционирования миофасциальной системы. Он ввел понятие «миофасциальные меридианы» и описал так называемые постоянные линии, по которым сила натяжения переходит от одного костного пункта к другому. Точки прикрепления мышц являются пунктами, в которых взаимодействуют силы натяжения и сжатия. Такие миофасциальные меридианы пронизывают все тело и работают как единое целое, реагируя на дисфункцию,

возникающую в любом из звеньев цепи. При этом болевые участки, значимые для пациента, могут возникать на значительном удалении от области первичной дисфункции. Задачей лечения в рамках принципа Т. Майера является создание сбалансированного тонуса по этим линиям и пластам натяжения так, чтобы кости и мышцы, объединенные фасциями, пребывали в состоянии равновесия.

## Триггерные точки

Причины, способствующие образованию ТТ связаны с прямыми или опосредованными воздействиями на мышцу: ушиб или растяжение при неудачном резком движении, сдавление (лямки рюкзака, бюстгальтер, тяжелая шуба, ремень), напряжение нетренированных мышц (дачный сезон). К длительному избыточному напряжению мышцы приводят такие распространенные скелетные аномалии, как плоскостопие, асимметрия длины нижних конечностей более 1 см, узкие плечи, удлинение второй плюсневой кости. Провоцирующими факторами могут быть: длительная иммобилизация конечности (во сне, посттравматическая фиксация), позное напряжение в нефизиологическом положении (работа с клавиатурой и монитором, вождение автомобиля, чтение текста в наладонных электронных устройствах; профессии музыканта, парикмахера, дантиста), общее или локальное переохлаждение. Также имеют большое значение висцеральная импульсация от пораженных органов и суставов, эмоциональные стрессы (универсальная инстинктивная защитная реакция — напряжение мышц лица и пояса верхних конечностей).

Представление о структуре и механизмах формирования ТТ важно для осуществления мероприятий по их элиминации, а также предотвращению возникновения и рецидивирования. Анатомически ТТ — это, конечно, не точка, а объемный очаг спазмированных мышечных волокон в глубине поперечнополосатой мышцы размером 1–3 мм<sup>3</sup>, однако группа из нескольких таких очагов может достигать в диаметре 1 см.

Образование отдельной ТТ связывают в первую очередь с длительным мышечным напряжением малой интенсивности, которое приводит к существенному повышению внутримышечного давления, нарушающего тканевую перфузию. Вследствие этого происходит переход на анаэробный гликолиз, который в условиях нарушенной микроциркуляции приводит к накоплению

в мышце молочной кислоты. Нарастающий ацидоз вызывает снижение активности ацетилхолинэстеразы и высвобождение медиаторов воспаления, что усиливает эффект ацетилхолина на постсинаптической мембране: поддерживается сокращение саркомера, замыкающее патологическую цепь событий. Еще один порочный круг связан с накоплением свободных ионов кальция, которые в обычных условиях благодаря кальциевой помпе возвращаются в саркоплазматическую сеть после размыкания актин-миозиновых мостиков. В условиях гипоксии не образуется достаточного количества энергии для такого размыкания, в связи с чем концентрация ионов кальция растет, поддерживая спазм саркомера и вызывая деструкцию мышечного волокна. Описанные на клеточном уровне процессы способствуют развитию локального мышечного гипертонуса, который и является ТТ. Исследования подтверждают большую вероятность формирования ТТ в зоне моторной концевой пластинки, а не в области мышечного веретена.

Целый ряд гипотез, к которым относится теория «Золушки», субмаксимального концентрического и эксцентрического сокращений, обосновывают формирование ТТ за счет последовательной реакции тонких и толстых волокон и деструкции мышечного цитоскелета под влиянием различных вариантов стимуляции. В итоге сверхраздражимые участки мышцы служат основой феномена периферической сенситизации, который заключается в усилении возбудимости интрафузальных волокон под действием ноцицептивной стимуляции. Активированные таким образом рецепторные структуры обеспечивают повышение афферентации к дорсальным рогам спинного мозга, что приводит в свою очередь к возрастанию реактивности их нейронов. Данный механизм приводит к центральной сенситизации, формируется генератор патологически усиленного возбуждения и зоны вторичной гипералгезии: процесс переходит в хроническую фазу.

Пальпаторно ТТ воспринимается как ограниченное уплотнение или узелок; несколько сливающихся узлов могут формировать тяж. Надавливание на ТТ вызывает острую локальную боль, сопровождающуюся вздрагиванием (симптом прыжка), а также боль, иррадиирующую (отраженную) в отдаленную строго определенную зону. Картография зон отраженной боли подробно представлена в руководстве *J. Travell* и *D. Simons*. Каждая ТТ имеет специфическую зону отражения болей, находящуюся в пределах соответствующего склеротома. Отраженная боль обычно характеризуется как тупая или ноющая и может сопровождаться парестезиями в той же области и вегетативными проявлениями в виде изменения потоотделения, цвета кожи, волосяного покрова.

Активные ТТ проявляются спонтанной и отраженной болью, для латентных ТТ характерна локальная болезненность лишь при пальпации без иррадиации в типичную зону. Латентные ТТ встречаются в 10 раз чаще, чем активные. При воздействии провоцирующих факторов латентные ТТ могут трансформироваться в активную форму. Кроме того, первичная ТТ может активировать вторичную ТТ в зоне отраженных болей, которая аналогичным образом способна стимулировать ТТ третьего порядка и т. д.

## Классификация миофасциального синдрома

Активные ТТ служат основой для МФБС, который, по определению, рекомендованному Международной ассоциацией по изучению боли (*IASP*), представляет собой **хронический болевой синдром, возникающий от одного или нескольких триггерных пунктов одной или нескольких мышц позвоночника**. МФБС характеризуется не только болью: наличие ТТ в мышце приводит к ее укорочению и ослаблению, компенсаторному усилению активности окружающих мышц, изменению двигательного стереотипа и формированию дисфункциональной вынужденной позы.

### Выделяют три фазы миофасциального болевого синдрома:

- I. Острая фаза характеризуется постоянной мучительной болью, поддерживаемой активными триггерными точками.
- II. Подострая фаза: боли возникают только при движении и отсутствуют в покое.
- III. Хроническая фаза. Сохраняется умеренная мышечная дисфункция с чувством дискомфорта. Выявляются только латентные триггерные точки, способные к реактивации при воздействии дополнительных факторов.

Критерии диагностики МФБС, предложенные *J. Travell* и *D. Simons* и одобренные *IASP*:

### А. «Большие» критерии, включающие все 5 признаков:

- 1) жалобы на местную или регионарную боль;
- 2) пальпируемый «тугой» тяж в мышце;

- 3) участок повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа;
- 4) характерный рисунок отраженной боли или обнаружение зон расстройств чувствительности;
- 5) ограничение функциональной активности мышцы, имеющей ТТ.

**Б. «Малые» критерии (необходим хотя бы 1 из 3):**

- 1) воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при стимуляции ТТ;
- 2) локальный судорожный ответ при пальпации ТТ пораженной мышцы или при проколе ее инъекционной иглой;
- 3) снижение интенсивности боли при растяжении мышцы либо при сближении мест ее прикрепления, поверхностном охлаждении (хлорэтил) или при введении в ТТ анестетика.

В МКБ-10 термин, точно соответствующий МФБС, отсутствует, что достаточно странно, учитывая частоту его встречаемости, высокую долю среди причин госпитализации и обилие соответствующей литературы. Из относительно близких по клинике заболеваний представлены в классе болезней костно-мышечной системы: миозит (M60.9), острый миофасцит (M60.9), миофиброз (M62.8), миофиброзит (M79.0), межреберная миалгия (M79.1), фасциит (M72.5). В классе болезней нервной системы боли в мышцах представлены такой нозологической формой, как миопатия (G72.9). К ревматизму неуточненной этиологии относят фибромиалгию (ФМА) (M79.0), которая, согласно определению *IASP*, представляет собой мышечно-скелетную дисфункцию в сочетании с болью диффузного характера и зонами гипералгезии, свойства которых, в сущности, не отличаются от МФТП. По поводу родства МФБС и ФМА существуют разные мнения, но, по-видимому, ФМА можно рассматривать как хронический МФБС, поддерживаемый персистенцией множества латентных ТТ. Вот почему при ФМА в отличие от МФБС давление на характерные точки не вызывает симптома прыжка и типичного распространения отраженной боли.

Терминологическую путаницу представляет одновременное существование в русскоязычной медицинской литературе термина МФБС и «мышечно-тонический синдром» (МТС). Ряд авторов разделяет эти понятия, подразумевая под МТС рефлекторный мышечный спазм в ответ на болевое раздражение грыжевым выпячиванием нерва Люшка, иннервирующего внешнюю фиброзную капсулу межпозвонкового диска, в отличие от МФБС,

при котором мышцы страдают первично. Принципиальная разница в происхождении МТС и МФБС не очевидна: в обоих случаях речь идет о спастической реакции мышцы под воздействием различных факторов. Логичным представляется предположение об универсальной мышечной реакции на внешнюю или внутреннюю стимуляцию; отличия могут быть связаны с интенсивностью воздействия и проявляться в формировании активных или латентных ТТ, а также в их количестве. В англоязычной литературе существует понятие «*myotonic syndrome*», что и на русский переводится как «миотонический синдром», клинически проявляется неполной релаксацией мышцы после произвольного сокращения или прямой перкуссии мышцы и рассматривается в разделе генетически детерминированных нервно-мышечных заболеваний. По-видимому, с целью унифицирования терминологии более целесообразно пользоваться термином МФБС.

## Аппаратная диагностика

Для объективизации ТТ возможно использование электронейромиографических (ЭНМГ) методик. По данным *D. G. Simons* (1993 г.), спонтанная активность ЭМГ в области ТТ не регистрируется. При выполнении игольчатой ЭМГ введение электрода непосредственно в болезненную точку мышцы, не находящейся под нагрузкой, вызывает залповую активность, связанную с локальным судорожным ответом, аналогичная картина наблюдается при компрессии ТТ. Противоречивы данные о наличии у больных МФБС электродиагностических признаков текущего денервационного процесса: их не обнаруживает часть авторов, но подтверждают другие, регистрируя разнообразные по форме и длительности разряды спонтанной активности в зоне ТТ. Интерференционная ЭМГ с отведением биопотенциалов в зоне МТП не обнаруживает существенных изменений. Согласно Г. А. Иваничеву ЭНМГ критерии ТТ включают: 1) потенциалы погружения игольчатых электродов, сохраняющиеся более 10 с; 2) распределение гистограммы потенциалов действия двигательных единиц с наличием укороченных (меньше 5 мс в 25 % от общего количества) и удлиненных (больше 10 мс в 25 % от общего количества) потенциалов; 3) залп электромиографической активности при поперечной пальпации мышцы, что соответствует локальному судорожному ответу.

Визуализация ТТ возможна при помощи ультразвукового исследования (УЗИ). При УЗИ неизмененные мышцы характеризуются наличием тонких

гиперэхогенных полосок, параллельных длинной оси мышцы, на гипоехогенном фоне. Такая исчерченность обусловлена соединительнотканными перимизиальными оболочками, покрывающими каждый мышечный пучок. При произвольном сокращении эхогенность мышцы более однородна. МФБС характеризуется появлением точечных и линейных гиперэхогенных включений в соединительнотканные структуры мышцы, нарушающих непрерывность фасцикулярных линий. Эхогенность нарастает по мере увеличения степени фиброзирования, таким образом ТТ предстает неомогенной зоной, где на гипоехогенном фоне регистрируются локальные повышения эхогенной плотности в толще мышцы. Современные ультразвуковые сканеры позволяют идентифицировать ТТ в В-режиме при исследовании линейным датчиком. Качество изображения можно улучшить, применяя режимы тканевой гармоник и изменения цветовой палитры. Описан метод диагностирования ТТ при помощи вибрационной соноэластографии. Описанные методики, воплощенные в адаптированных для проводниковой анестезии УЗИ-аппаратах, обеспечивают возможность прицельного введения иглы — «сухой» или с местным анестетиком — непосредственно в ТТ.

## Клиническая картина

Говоря о болевых проявлениях МФБС, необходимо упомянуть такие нозологические формы как головные боли напряжения (ГБН), синдром «хлыстовой» травмы (ХТ) и болевую дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС). ГБН встречаются у 70 % общей популяции, из них в 80 % случаев в основе болей лежит именно МФБС, о причинах которого говорилось выше. Тем не менее, до сих пор диагностика этой болевой формы нередко запаздывает: пациенты часто годами получают противомигренозную терапию, лечение «от остеохондроза», а если в составе лечебного комплекса иногда и встречаются миорелаксанты, то локальные процедуры для расслабления мышц — крайне редко.

ХТ шеи — широко распространенное явление, особенно характерное для людей, испытавших резкое торможение в транспорте: при этом происходит внезапное чрезмерное сгибание, а затем — резкое переразгибание шеи. В результате травматизации связок и мышц образуются ТТ: в подзатылочной группе мышц либо в кивательных мышцах; зачастую — в обеих группах. В некоторых случаях — особенно при легкой травме — формирование развернутой клинической картины занимает несколько месяцев.

Совокупность болевых проявлений и связанных с теми же механизмами головокружений формируют постхлыстовый синдром. Пациент к моменту дебюта алгических проявлений может не помнить о травме; диагностика страдает, и проводится лечение «вертебробазилярной недостаточности».

Особенно сложную задачу представляет диагностика ДВНЧС. По данным разных авторов, синдром встречается у 15–30 % молодых людей. Причины: разного рода травмы, нарушение прикуса врожденное или приобретенное, бруксизм и др. Проявления: щелчки и блокирование в суставах, головные и лицевые боли, боли в самих суставах, изменение прикуса; боль, заложенность в ухе, снижение слуха вплоть до его полной потери. Подробная информация о роли височно-нижнечелюстных суставов в поддержании позы тела и позиции головы, о биомеханических взаимоотношениях всей группы жевательных, подзатылочных и кивательных мышц приводится в обзоре В. В. Иванова и Н. М. Маркова. Предлагаемая авторами обзора концепция обосновывает поэтапное развитие МФБС в мышцах перечисленных групп при патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Зачастую прозопалгия такого рода трактуется как тригеминальная невралгия или синусогенная боль, в то время как несколько дополнительных вопросов и пальпация височных, жевательных мышц и области прикрепления крыловидных мышц к нижнечелюстной кости легко обеспечивают адекватную диагностику.

Понимание этих закономерностей важно для назначения лечения — не только медикаментозного, но и местных процедур, направленных непосредственно на расслабление перенапряженных мышц и коррекцию дентальной окклюзии. Лишь в редких случаях возникают показания к артропластике.

Следует отметить, что присоединение МФБС к уже имеющемуся иному болевому феномену усугубляет страдание и усложняет диагностику. Описаны комбинированные болевые синдромы: сочетание МФБС с невралгией тройничного нерва и мигренью без ауры; показано существенное облегчение клинической картины при введении в терапевтическую схему средств лечения мышечных болей. Наличие комплекса болевых феноменов в одной анатомической области всегда заставляет задуматься: какой из патологических процессов был первичен у конкретного больного? В Клинике ЛОР-болезней, например, часто приходится сталкиваться с болями, имитирующими фарингит, синусит или отит, которые при детальном мануальном обследовании оказываются маской МФБС кивательных, жевательных, подзатылочных или мимических мышц. Также МФБС может имитировать боли, характерные для висцеральных заболеваний, включая кардиологическую патологию,

заболевания почек, поджелудочной железы и желчного пузыря, язву двенадцатиперстной кишки, дивертикулит толстой кишки и эндометриоз.

МФБС может проявляться не только различными болевыми и неболевыми признаками, но и сложными симптомокомплексами. К этой группе синдромов можно отнести уже упомянутый «постхлыстовой» синдром, синдром нижней косой мышцы головы, синдром передней лестничной мышцы. Все они и многие другие подробно описаны в работах казанской неврологической школы.

## **Заключение**

Невзирая на обилие специальной литературы, освещающей различные аспекты МФБС, на практике адекватный диагноз и назначение терапии нередко запаздывают из-за многообразия его клинических проявлений. Правильная и своевременная диагностика должна быть основана на твердом следовании алгоритму изучения алгического синдрома, ядром которого по-прежнему являются детальная характеристика боли и мануальное исследование зон интереса, а также учет неболевых проявлений. Разработка индивидуальной лечебной программы помимо мер, непосредственно купирующих болевой синдром, может потребовать совместной деятельности невролога, мануального терапевта, ортопеда, челюстного-лицевого хирурга и других специалистов, особенно при работе с такими полисимптомными нозологиями, как ДВНЧС и синдром Меньера.

## **Библиографический список**

1. Симонс, Д. Г. Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам : в 2 т. / Д. Г. Симонс, Д. Г. Трэвелл, Л. С. Симонс. — Москва : Медицина, 2005. — Текст : непосредственный.
2. Иваничев, Г. А. Патогенетические аспекты формирования и проявления классических болевых мышечных синдромов / Г. А. Иваничев // Мануальная терапия, 2009: — № 3 (35). — 3–12. — Текст : непосредственный.
3. Thomas, K. Targeting myofascial taut bands by ultrasound / K. Thomas, H. Shankar / Curr Pain Headache Rep. — 2013. — Jul; 17(7):349.
4. Mehul J. Desai, Vikramjeet Saini, Shawnjeet S. Myofascial Pain Syndrome: A Treatment Review Pain Ther. Jun 2013; 2(1): 21–36.

## Глава 2

---

# МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ЛОР-БОЛЕЗНЕЙ

*М. В. Тардов*

В определение МФБС, согласно *IASP*, — хронического болевого синдрома, возникающего от одного или нескольких триггерных пунктов одной или нескольких мышц позвоночника, — включены только скелетные мышцы. Однако жевательные, мимические мышцы и даже мышцы внутреннего уха также относятся к поперечнополосатой 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 болевыми и неболевыми феноменами. Боль в области лица и шеи — частая жалоба не только на приеме невролога и терапевта, но также и в кабинете оториноларинголога, однако не всегда при этом обнаруживается патология ЛОР-органов, 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 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	Частота (%)
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

Триггерные точки выявлены в шейных и жевательных мышцах в разном сочетании (табл. 2.2), при этом приблизительно по одной третьей 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	Частота (%)
Кивательная	7
Трапецевидная	33
Нижняя косая мышца головы	24
Передняя прямая мышца головы	13
Височная	16
Жевательная	16
Двубрюшная	1