

СИСТЕМНОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ КАК СИМПТОМ ТРИГГЕРНОЙ ТОЧКИ В ГРУДИНОКЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЕ

Стулин И.Д.¹, Тардов М.В.², Ковражкина Е.А.³, Рудковский А.И.², Байбакова Е.В.², Заоева З.О.²

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова; ²ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, 117152, г. Москва, Загородное ш., 18А-2;

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Миофасциальному синдрому шейных мышц в литературе уделяется большое внимание, однако в качестве его проявлений рассматриваются преимущественно болевые феномены. Гораздо реже упоминается возможность миофасциального синдрома как триггера головокружения, снижения слуха и шума в ухе. В статье представлен вариант проявления активности триггерной точки в грудиноключично-сосцевидной мышце, приводящей к вестибулярному головокружению. Описано лечение, позволившее получить стойкий положительный эффект. Обсуждаются возможные причины необычной симптоматики.

Ключевые слова: триггерная точка; миофасциальный синдром; грудиноключично-сосцевидная мышца; системное головокружение; вестибулярный синдром.

Для цитирования: Неврологический журнал. 2015;20(2): 24–26.

SYSTEMIC VERTIGO AS A SYMPTOM OF TRIGGER IN STERNOCLEIDOMASTOID MUSCLE MYOFASCIAL SYNDROME OF CERVICAL MUSCLES IS WIDELY DISCUSSED IN THE LITERATURE

Stulin I.D.¹, Tardov M.V.², Kovragkina E.A.³, Rudkovsky A.I.², Baybakova E.V.², Zaoeva Z.O.²

¹SFEI A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of Ministry of health of Russia, Moscow; ²The Moscow department of health L.I. Sverzhevsky Research and Practical center of otorhinolaryngology; ³Pirogov Russian National Research Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation

Cervical myofascial syndromes are widely discussed in the literature, but mainly pain aspects are considered. Myofascial syndrome as a trigger of vertigo, deafness and tinnitus is mentioned rare. The article presents a case report of trigger point in sternocleidomastoid muscle that provokes vestibular dizziness. The article presents management opportunities that help to reach positive effect. The possible causes of such unusual symptom are discussed.

Key words: trigger point, myofascial syndrome, sternocleidomastoid muscle, vertigo, vestibular syndrome.

For citation: Nevrologicheskij zhurnal. 2015; 20(2): 24–26.

Головокружение – жалоба, с которой ежедневно сталкиваются врачи различных специальностей. Системное головокружение (СГ), т.е. иллюзия вращения, движения в определенном направлении, как правило, указывает на патологию вестибулярного аппарата. Длительность эпизода СГ колеблется от нескольких секунд при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении до нескольких суток при вестибулярном нейроните.

Дж. Г. Тревелл (цит. по [1]) в 1942 г. предложила понятие триггерной точки (ТТ), характеризую миофасциальную ТТ как гиперраздражимый участок уплотнения мышечной ткани и/или ее фасции, болезненный при сдавлении. Совокупность болевых и неболевых феноменов, связанных с функционированием ТТ и изменением активности соседних мышц, объединяется термином «миофасциальный синдром» (МС). Дж.Г. Тревелл принадлежит описание головокружения, связанного с ТТ в грудиноключично-сосцевидной мышце (ГКСМ). Такое СГ названо позным головокружением (ПГ), а его механизм до конца не изучен, что приводит к трудностям диагностики. В результате больные наблюдаются годами у отоневрологов или неврологов с такими диагнозами, как болезнь Меньера, вертебрально-базилярная недостаточность и др., что исключает назначение этиопатогенетической терапии.

Приводим описание клинического случая ПГ у молодой пациентки, диагностированного и излеченного благодаря взаимодействию оториноларингологов, неврологов и специалиста по мануальной терапии.

Больная Д., 22 года, в сентябре 2013 г. обратилась с жалобами на эпизоды СГ со смещением предметов по часовой стрелке, длительностью от 5 до 24 ч, сопровождающиеся тошнотой, многократной рвотой, и возникающие с частотой до 2 раз в неделю. Во время приступов была вынуждена лежать.

Анамнез заболевания: впервые указанные явления появились 3 мес назад на фоне подготовки к сессии, когда пациентка в течение 2 нед ежедневно помногу часов проводила с книгой в руках или перед монитором ноутбука в неудобном положении. При детальном опросе удалось получить информацию, что отдельные эпизоды СГ начинались после резкого поворота головы налево и вверх. Облегчение наступало в положении на правом боку; на левом боку отмечалось усиление ощущения вращения предметов, появление тошноты. После начала занятий плаванием головокружение во время приступов стало носить менее интенсивный характер.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, срочных родов в тазовом предлежании. С 2-лет-

него возраста наблюдается по поводу глухоты на левое ухо, хронической правосторонней нейросенсорной тугоухости. Пользуется слуховым аппаратом. На момент обращения обучается на общих основаниях в техническом университете.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, общий фон настроения ровный. Соматический статус без особенностей.

Неврологический статус: в сознании, менингеальных знаков нет. Зрачки равномерны, симметричны, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Чувствительность на лице сохранна, точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны. Язык по средней линии. Фокация, глотание и артикуляция не нарушены. Парезов нет. Глубокие рефлексы D=S. Рефлексы Якобсона–Ласка, кистевой рефлекс Тремнера с обеих сторон. Тонус мышц не изменен. Чувствительность сохранна. Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива, при поворотах головы в стороны и отклонении ее назад шаткость не возникает. Нистагма нет. Проба на дисдиадохокinez отрицательная.

Данные мануального исследования мышц: ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, активные движения безболезненны. Выявляются напряжение и укорочение в группе лестничных мышц, более выраженное слева, также слева преобладает напряжение и укорочение горизонтальной порции трапециевидной мышцы. В верхнем отделе – уплотнение и укорочение нижней косой мышцы головы слева, справа – выраженное уплотнение и укорочение с отеком окружающих

тканей верхней косой мышцы головы, латеральной и прямой мышц головы.

Болезненные при пальпации мышечные узелки с ТТ в них (иррадиация боли в ипсилатеральную затылочную область, правое ухо) в горизонтальной порции трапециевидной мышцы с двух сторон, в коротких мышцах подзатылочной группы с двух сторон, во всех порциях ГКСМ с двух сторон. При пальпации правой ГКСМ отмечает появление потемнения в глазах и СГ, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм влево.

Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, уровень гормонов щитовидной железы в пределах нормативных значений.

Вестибулометрическое исследование:

Тест Хальмаги – горизонтальный вестибулокулярный рефлекс визуально не нарушен. Подавление вестибулокулярного рефлекса при вращении с фиксацией зрения сохранено. По данным видеоокулографического исследования тесты зрительных саккад, плавного слежения, оптокинетический тест – без особенностей. При выполнении битермальной битемпоральной калорической пробы – реакции с обоих лабиринтов симметричные, живые, сопровождаются головокружением, коэффициент асимметрии 10% при норме до 20–25%. В позиции Де Клейна (поворот головы с ее запрокидыванием) появляется вертикулярный нистагм вверх, не истощается, не сопровождается головокружением. Тесты на выявление доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (текст Дикса–Холпайка, ролл-тест) отрицательные с двух сторон.

Заключение: данных поражения периферического отдела вестибулярного анализатора не получено.

Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника с функциональными пробами. Форма и структура тел позвонков не изменены. Смежные кортикальные пластинки C_V-C_{VI} позвонков уплощены, с небольшим дорсальным гиперостозом, межпозвонковая щель в дорсальном отделе широкая. Кифотическая деформация шейного лордоза, лестничный антелистез до 1 мм в сегментах C_{III}-C_{IV}-C_V. В положении максимального сгибания антелистез усиливается до 2 мм, в положении максимального разгибания антелистез сегмента C_{III}-C_{IV} нивелируется, в сегменте C_{IV}-C_V формируется ретролистез 1 мм. На снимках определяется левосторонняя ротация позвонка C_{II}. Заключение: нарушение статики шейного отдела позвоночника – ротация позвонка C_{II}, нестабильный лестничный спондилолистез сегментов C_{III}-C_V, рентгенологические признаки спондилоза сегмента C_V-C_{VI}.

История развития заболевания, объективный статус и данные инструментальных методов исследования позволили диагностировать миофасциальный синдром шейного уровня с неболевыми проявлениями в виде СГ.

На фоне назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (перорально и местно: мовалис 15 мг утром, вольтарен-гель на

Сведения об авторах:

Стулин Игорь Дмитриевич (Stulin Igor Dmitrievich) – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней ГБУЗ «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; e-mail: StulinID@hpeprint.com

Тардов Михаил Владимирович (Tardov Mikhail Vladimirovich) – д-р мед. наук, вед. научн. сотр. ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ; 117152, Москва, Загородное ш., 18 А, стр.2; e-mail: mvtardov@rambler.ru

Ковражкина Елена Анатольевна (Kovrazhkina Elena Anatolievna) – канд. мед. наук, асс. каф. фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: rsmu@rsmu.ru

Рудковский Андрей Иосифович (Rudkovsky Andrey Iosifovich) – канд. мед. наук, врач ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ; 117152, Москва, Загородное ш., 18 А, стр.2; e-mail: arudkovskij@mail.ru

Байбакова Елена Викторовна (Baibakova Elena Viktorovna) – канд. мед. наук, руководитель отдела ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ; 117152, Москва, Загородное ш., 18 А, стр.2.; e-mail: erotermel@gmail.com

Заева Зарина Олеговна (Zaeva Zarina Olegovna) – научн. сотр. ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ, 117152, Москва, Загородное ш., 18 А, стр.2; e-mail: zarinazaeva@mail.ru

шейно-воротниковую зону 2 раза в день) и миорелаксантов (баклосан 10 мг на ночь) в течение 2 нед отмечена положительная динамика в виде уменьшения частоты приступов до 1 раза в неделю и их длительности до 1,5 ч. Снизилась интенсивность ощущений: могла продолжать повседневную активность, тошнота и рвота не беспокоили. При исследовании мышц шеи через 2 нед в правой ГКСМ пальпировались участки гипертонуса; компрессия мышцы в любой части вызывала чувство вращения окружающей обстановки.

Через 3 нед от начала лечения на фоне стресса приступы участились: стали ежедневными длительностью до 2 ч, в половине случаев с тошнотой и рвотой. К лечению добавлен фенибут по 250 мг 3 раза в день и начат курс мягких техник мануальной терапии (8 процедур с частотой 2 раза в неделю). В результате после 3-го сеанса мануальной терапии достигнут стойкий положительный результат в виде полного отсутствия приступов головокружения в течение полугода до настоящего момента. Локальные участки гипертонуса в перикраниальных мышцах отсутствуют, пальпация мышц не вызывает головокружения и нистагма.

Обсуждение

Основным характерным признаком ТТ является боль [1, 2, 4, 5]. Однако приведенный пример не ограничивается болевым симптомокомплексом и демонстрирует яркую клиническую картину вестибулопатии, связанную с ТТ в ГКСМ. Регресс приступов головокружения на фоне сочетанного лечения препаратами с миорелаксирующим и противовоспалительным действием и мануальной терапией подтверждает диагноз ПГ.

Патогенез данного состояния до конца не определен [1, 3, 6, 7]. По-видимому, к формированию описанных ТТ привело напряжение перикраниальных мышц, спровоцированное длительным пребыванием головы и шеи в неадекватной статической позиции. Нарушение конфигурации шейного отдела позвоночника и его подвижности в данной ситуации послужило не причиной, а лишь фоном, на котором при нефизиологической статической нагрузке в кивательных мышцах развились локальные гипертонусы. Таким образом, словосочетание «головокружение от остеохондроза» к изучаемой истории болезни отношения не имеет: нет ни болевого синдрома, ни очаговой стволовой, ни корешковой симптоматики. Известно, что существенную часть информации, поступающей в центральные отделы вестибулярного анализатора, формирует поток проприоцептивных импульсов от шейной области. По нашему мнению, именно это явление может лежать в основе вестибулярной симптоматики, порождаемой ТТ в кивательной мышце, а условием возникновения СГ, вероятно, служит диссоциация интенсивности сигналов парных мышц, превышающая определенный уровень. Исследований, под-

тверждающих данный тезис, в литературе мы не встретили.

В рассматриваемом примере также прослеживается влияние эмоционального фона на частоту приступов: резкое их учащение после стрессовой ситуации. Возможно, порог возбудимости ТТ на фоне стресса снизился до уровня банального раздражения при движениях головы, что и вызывало учащение болевых пароксизмов. В результате успех достигнут при сочетании местного воздействия на мышцу и медикаментозной коррекции эмоционального состояния.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует одну из редких масок миофасциального синдрома – СГ. Представленное наблюдение показывает, как взаимодействие врачей различных специальностей – отоневролога, невролога, мануального терапевта позволило правильно определить причину страдания. Благодаря этому был осуществлен подбор комплексной этиопатогенетической терапии, что в свою очередь привело к стойкому положительному результату.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. *Миофасциальные боли*. М.: Медицина; 1989. 255 с.
2. Хабиров Ф.А., Хабирова Р.А. *Боль в шее и спине*. Казань: Медицина; 2014; 503 с.
3. Артеменко А.Р. *Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. проф. В.Л. Голубева*. М.: МЕДпресс-информ; 2010.
4. 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): 45–52.
5. Василевский С.С., Сиваков А.П. *Мышечно-фасциальные болевые синдромы туловища. Учебно-методическое пособие*. Минск: БелМАПО; 2009.
6. Брандт Т., Дитерих М., Штрупп М. *Головокружение*. М.: Практика; 2009.
7. Бронштейн А., Лемперт Т. *Головокружение*. М: Гэотар-Медиа; 2010.

REFERENCES

1. Trevell D.G., Simons D.G. *Myofascial Pains*. Moscow: Meditsina; 1989. (in Russian)
2. Khabirov F.A., Khabirov R.A. *Myogenic Pain*. Kazan': Knizhnyy dom. 1995. (in Russian)
3. Artemenko A.R. *Pain Syndromes in Neurology / Ed. prof. V.L. Golubev*. Moskva: MEDpress-inform; 2010. (in Russian)
4. Bubnov R.V., Klitinskiy Yu.V. The use of "dry" acupuncture of trigger points under ultrasound guidance in the treatment of temporomandibular joint dysfunction. Primary experience. *Dental'nye tekhnologii*. 2010; 1(44): 45–52. (in Russian)
5. Vasilevskiy S.S., Sivakov A.P. *Myofascial Pain Syndromes of the Body. Uchebno-metodicheskoe posobie*. Minsk: BelMAPO; 2009. (in Russian)
6. Brandt T., Diterikh M., Shtrupp M. *Dizziness*. Moscow: Praktika; 2009. (in Russian)
7. Bronshteyn A., Lempert T. *Dizziness*. Moscow: Geotar-Media; 2010. (in Russian)