

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617. 53 + 617. 572] : 616. 8 – 009. 62 – 072

Г.А. Иваничев, Е.А. Кузнецова (Казань). Клинико-инструментальная характеристика миофасциального болевого синдрома шеи и плечевого пояса у пациентов с натальной цервикальной травмой в анамнезе

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) считается одним из самых распространенных патологических состояний, проявляющихся болью. По данным разных авторов, от 30 до 85% населения страдают МФБС различной выраженности. Одной из актуальных проблем в настоящее время остается лечение пациентов, страдающих болевыми синдромами шейной локализации, что обусловлено их распространенностью и сложностью механизмов патогенеза. Мышцы шеи и суставы шейного отдела позвоночника могут быть одним из источников цервикогенной головной боли (ЦГБ), доминирующей при обращении к врачу-неврологу. Рецидивирующие головные боли являются одной из наиболее частых жалоб в детском и подростковом возрасте. Распространенность головных болей среди детей 3–5 лет составляет около 3%, 6 лет – 15%, среди школьников – до 82%. По данным некоторых авторов, МФБС нередко выявляется у больных с врожденной патологией (мышечная кривошея, косолапость, вывих бедра), последствиями ДЦП у пациентов с нарушениями осанки и сколиозом, а также у детей, перенесших родовую травму шейного отдела позвоночника (ШОП). К числу наиболее постоянных относятся жалобы на боли в шее (70,4%), ограничение движений головы, упорные головные боли. Кроме того, по данным А.Ю. Ратнера (1990), у подавляющего большинства детей с натальными повреждениями ШОП и спинного мозга обнаруживаются различные варианты сколиотического искривления позвоночника. Однако до сих пор среди поздних неврологических осложнений натальной травмы ШОП не изучалась проблема миофасциальной боли и не оценивалось значение головных болей как проявления МФБС, ибо обычно рассматривались головные боли сосудистого генеза. Важным симптомом, выявляемым во время осмотра пациентов, перенесших натальную травму ШОП, является защитное напряжение шейно-затылочных мышц. Этот симптом очень постоянен, и напряжение мышц часто видно на расстоянии. По данным многих авторов, воздействии на триггерные точки грудиноключично-сосцевидной, трапециевидной и подзатылочных мышц формирует отраженную боль с локализацией, соответствующей болевому паттерну головной боли напряжения. Интенсивность боли, индуцированной с триггерных точек, зависит от исходного напряжения мышцы.

С целью дальнейшей разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий и осуществления ранней профилактики миофасциальной боли у пациентов с натальной цервикальной травмой нами предпринято настоящее исследование.

Под наблюдением находились 50 пациентов в возрасте от 9 до 23 лет с клиническими проявлениями МФБС шеи и плечевого пояса. Из них 34 человека (до 10 лет – 3 пациента, от 10 до 14 –

15, от 15 до 19 – 15, от 20 до 23 – один) с МФБС в сочетании с перенесенной натальной травмой ШОП составили основную группу, 16 человек (соответственно 0, 5, 11, 0) с МФБС без родовой травмы – контрольную. Основная группа состояла из 23 мужчин и 11 женщин, контрольная – соответственно из 11 и 5.

Критерии включения в исследование – возраст больных до 25 лет, жалобы на головные боли, боли в шейном отделе позвоночника, болезненность мышц шеи и плечевого пояса. Критерии исключения из исследования – наличие тяжелой соматической патологии, органического поражения центральной или периферической нервной системы, умственной отсталости.

У всех пациентов, наряду с неврологическим, вертеброневрологическим обследованиями, мануальной диагностикой миофасциальных триггерных пунктов (МФТП), рентгенографией ШОП в двух проекциях и реоэнцефалографией с функциональными нагрузками, проводились оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определение уровня болезненности и сравнительная оценка МФТП с использованием тензоальгиметра и переменного-дискретная мионометрия с целью выявления локальных мышечных гипертонусов (ЛМГ) и степени деформации исследуемых мышц под воздействием внешнего тестирующего усилия от 0 до 5 кг. Мышечный тонус оценивался до и после постизометрической релаксации (ПИР) мышц. Статистическая обработка результатов производилась с использованием критерия Стьюдента, программ Open Office.org 1.1.0. и Microsoft Excel 7,0 версии для Windows.

Из 36 обследованных с натальной цервикальной травмой в анамнезе у 34 (94,4%) были выявлены признаки МФБС шеи и плечевого пояса. Среди пациентов обеих групп преобладали жалобы на головные боли в затылочной области, преимущественно давящие по характеру, умеренной интенсивности, боли в шейном отделе позвоночника и болезненность мышц этой зоны, провоцируемые длительной статической и умственной нагрузкой, а также резкими движениями. У большинства пациентов уменьшение или исчезновение боли происходило после отдыха, 28% пациентов были вынуждены использовать анальгетики. Кроме того, наиболее частыми были жалобы на головокружение при изменении положения тела, особенно при резком подъеме, боли в спине и пояснице при длительной статической нагрузке, ухудшение зрения вдаль и плохую переносимость духоты и транспорта.

Средний возраст пациентов основной группы составлял $13,7 \pm 0,6$ года, контрольной – $15,6 \pm 0,5$. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 и более лет, возраст начала заболевания в основной группе – $10,0 \pm 0,6$ года, в контрольной – $11,9 \pm 0,7$ (табл. 1).

У 76,5% пациентов основной группы диагноз натальной травмы ШОП был поставлен в роддоме или в периоде новорожденности, у 23,5% – в отдаленном периоде натальной травмы на основании данных анамнеза и рентгенологических признаков родового повреждения ШОП. У подавляющего большинства больных основной группы роды протекали патологически: стремительные или затяжные роды, преждевременное отхождение

Таблица 1

Данные обследования пациентов основной и контрольной групп		
Критерии	Основная группа, абс./%	Контрольная группа, абс./%
Локализация болей		
шея	17/50	10/62,5
надплечье	9/26,5	4/25,0
затылочная область	18/52,9	7/43,8
височная область	12/35,3	6/37,5
лобная область	14/41,2	5/31,3
Характер болей		
давящие	25/73,5	7/43,8
тянущие	7/20,6	0
ноющие	5/14,7	4/25,0
стреляющие	4/11,8	2/12,5
пульсирующие	2/5,9	5/31,3
Давность заболевания		
до одного года	9/26,4	2/12,5
от одного года до 5 лет	16/47,1	11/68,8
от 6 до 10 лет	6/17,6	3/18,7
более 10 лет	2/5,9	0
Начальные боли		
локальные	23/67,7	14/87,4
диффузные	5/14,7	1/6,3
неизвестно	6/17,6	1/6,3

ние околоплодных вод, родостимуляция, надрыв на матке. 20,6% детей родились в состоянии асфиксии средней и тяжелой степени, у 11,8% было обвитие пуповины вокруг шеи, у части больных – амилоидоз плаценты, короткая пуповина, выпадение пуповины, экстракция плода за ножку.

Натальная цервикальная травма проявлялась в виде миотонического синдрома (у 35,3%), пирамидной недостаточности (у 29,4%). Минимальная дисфункция ЦНС наблюдалась у 8,8% больных, рубральный тремор – у 5,9%, кривошея – у 8,8%, короткая шея – у 11,8%. Кроме того, у 2,9% пациентов отмечались бульбарные нарушения, у такого же числа больных – правосторонний гемипарез, невыраженный акушерский паралич левой руки, перелом ключицы.

Среди сопутствующих заболеваний у 44,1% пациентов основной группы и у 31,3% в контрольной имели место заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, ДЖВП), у 26,5% и 18,8% соответственно – патология сердечно-сосудистой системы (пролапс митрального клапана, малые аномалии развития сердца), у 11,8 и 6,3 % – аллергические заболевания, у 2,9% и 6,3% – заболевания органов дыхания. Сопутствующие заболевания отсутствовали у 35,3% пациентов основной группы и у 25% в контрольной.

При объективном обследовании пациентов основной группы были выявлены признаки периферической цервикальной недостаточности (у 32,4%), выраженное напряжение шейно-затылочных мышц (у 38,2%). По сравнению с пациентами контрольной группы у них в 3 раза чаще наблюдались нарушения осанки и сколиотическая деформация позвоночника, в 2 раза – функциональные блокады краниовертебрального перехода и шейных ПДС. Преобладали негрубые функ-

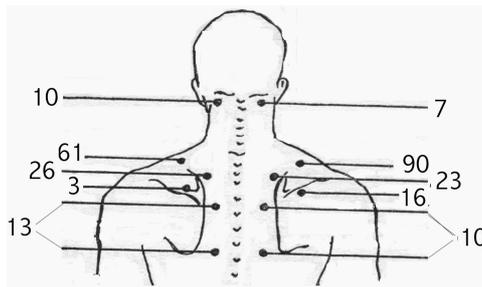


Рис.1. Локализация МФТП у пациентов основной группы (%).

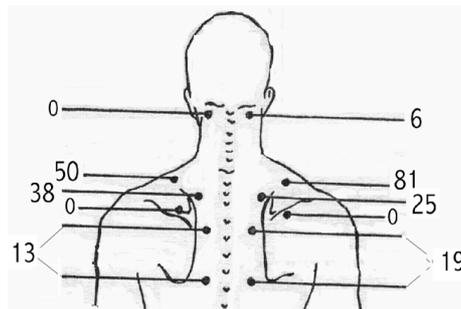


Рис.2. Локализация МФТП у пациентов контрольной группы (%).

циональные блокады верхне- и среднешейных ПДС. У пациентов с функциональными блокадами шейных ПДС объем движений в шейном отделе часто не был ограничен за счет гиперфункции соседних, не заблокированных ПДС. Кроме того, у них нередко отмечались отраженные боли в затылок и ухо.

При функциональных нагрузках на ШОП у 29,4% пациентов основной группы и у 43,8% в контроле выявлялся мелкоамплитудный нистагм. У большинства пациентов обеих групп при функциональных пробах Отана–Водака–Фишера было выявлено повышение активности мышц-ротаторов шеи и туловища, что проявлялось отклонением рук в противоположную сторону.

При исследовании подвижности позвоночника у пациентов основной группы норма регистрировалась у 70,6%, гипермобильность – у 26,5%, незначительная ригидность позвоночника – у 2,9%, в контрольной – соответственно у 87,5%, 6,2%, 6,2%. Объем движений в ШОП: в основной группе наклоны были ограничены у 44,1%, повороты головы – у 8,8%, разгибание – у 2,9%, в контрольной – у 43,8%, у 12,5%, сгибание и разгибание головы не ограничивались.

У 91,2% обследованных с натальной травмой ШОП были выявлены МФТП, локализовавшиеся у 93,5% в трапециевидных мышцах (справа у 90,3%, слева у 61,3%), у 29% – в мышцах, поднимающих лопатку, у 12,9% – в нижней косой мышце головы, у 16,1% – в надостной мышце, у 22,6% – в ромбовидных мышцах (рис.1). В контрольной группе МФТП обнаружилось у 81,3% лиц в трапециевидных мышцах (справа у 81,3%, слева у 50%), у 43,8% – в мышцах, поднимающих лопатку, у 18,8% – в ромбовидных мышцах, у 6,3% – в нижней косой мышце головы (рис.2).

У пациентов обеих групп преобладали латентные триггерные точки над активными, что является важной особенностью МФБС у детей и подростков и согласуется с данными других авторов. При этом у пациентов основной группы чаще, чем в контроле, выявлялись активные МФТП с возникновением отраженной боли, в зоне которой вегетативных и трофических расстройств не наблюдалось. Основными критериями активности МФТП были спонтанная локализованная болезненность, паттерн отраженной боли, локальный судорожный ответ при шипковой пальпации. Латентные МФТП характеризовались следующими признаками: отсутствие спонтанной локализованной болезненности, четкая локализация боли только при пальпации МФТП.

У пациентов основной группы МФТП I и II степени болезненности составляли 73,7%, III степень с симптомом «прыжка» – 8,8%, безболезненные ЛМГ – 17,5%, в контроле – соответственно 81,6%, 0% и 18,4%. По данным ВАШ, интенсивность боли в основной группе достигала $5,83 \pm 0,35$ балла, в контрольной – $5,75 \pm 0,36$ ($p < 0,001$).

По результатам тензоальгетрии в основной группе выявлен более низкий порог болевой чувствительности. При исследовании МФТП в трапециевидных мышцах у пациентов основной группы минимальные болевые ощущения возникали при давлении с силой $0,97 \pm 0,19$ кг справа и $0,97 \pm 0,16$ кг слева, в контрольной – соответственно $1,14 \pm 0,31$ и $1,38 \pm 0,33$. Максимальный уровень терпимой боли в основной группе регистрировался при давлении с силой $2,46 \pm 0,39$ кг справа и $2,16 \pm 0,38$ кг слева, в контрольной – $2,58 \pm 0,56$ и $2,51 \pm 0,54$. Средние величины порога болевой чувствительности и максимального уровня терпимой боли являются статистически достоверными с вероятностью $> 99,9\%$ ($p < 0,001$).

При исследовании МФТП в трапециевидных мышцах у пациентов основной группы значительно чаще, чем в контроле, отмечалась отраженная боль с ее иррадиацией в затылок и висок, а также в плечо и предплечье. Отраженная боль чаще регистрировалась у пациентов с более низким болевым порогом. Наблюдалась зависимость размеров зоны иррадиации боли от порога болевой чувствительности. У пациентов с более низким болевым порогом имела место большая распространенность отраженной боли. По результатам тензоальгетрии, в основной группе отраженная боль возникла при давлении с силой $1,37 \pm 0,22$ кг справа ($p < 0,001$) и $1,16 \pm 0,38$ кг слева ($p < 0,05$). При этом по мере увеличения оказываемого давления расширялась зона иррадиации боли.

Переменно-дискретная мионометрия выявила у пациентов обеих групп ЛМГ в пораженных мышцах. Существенных различий в выраженности исходного напряжения и степени деформации мышц при изменении величины тестирующего усилия у пациентов не обнаружено. После

Таблица 2

Данные рентгенографии ШОП у пациентов основной и контрольной групп

Рентгенологические признаки	Основная группа, %	Контрольная группа, %
Нестабильность ШОП, дислокация позвонков	93,3	72,7
Аномалия Киммерли (в т.ч. неполная)	13,3	54,5
Выпрямление шейного лордоза	33,3	27,3
Снижение высоты межпозвонковых дисков	13,3	27,3
Подвывих по Ковачу	6,7	0
Ротационный подвывих атланта	6,7	0
Асимметрия расположения деталей аксиса и атланта	26,7	0
Кифоз шейного отдела	6,7	9,1

проведения ПИР мышц у пациентов обеих групп наблюдалось снижение мышечного тонуса.

Рентгенография ШОП в двух проекциях у 100% больных основной группы показала признаки родовых повреждений позвоночника: у 93,3% – нестабильность шейных ПДС, преимущественно нижней локализации, у части пациентов – ротационный подвывих атланта, асимметрию расположения зубовидного отростка позвонка по отношению к боковым массам атланта, подвывих по Ковачу и др. (табл. 2).

По данным РЭГ с функциональными нагрузками у пациентов обеих групп наблюдалась нестабильная гемодинамика в позвоночных артериях. В группе больных с натальной травмой ШОП гемодинамические нарушения возникали в более раннем возрасте: снижение высоты амплитуды РЭГ-комплекса, нарастание асимметрии кровенаполнения, регистрировавшиеся не только в вертебробазилярном бассейне, но и в бассейне сонных артерий. Преобладало вертеброгенное воздействие на гемодинамику компрессионного характера в позвоночных артериях.

Лечебные мероприятия у пациентов обеих групп были направлены на устранение локальных мышечных гипертонусов, болезненных МФТП и функциональных блокад ПДС, а также улучшение кровотока в шейном отделе позвоночника и мозгового кровотока. Применялись методы мануальной медицины, включавшие ПИР пораженных мышц, позиционную мобилизацию, ишемическую компрессию МФТП, миопунктуру. Кроме того, пациентам назначались расслабляющий массаж на воротниковую зону, электрофорез 1% раствора эуфиллина и 0,1% раствора папаверина на ШОП, перорально препараты, улучшающие мозговой кровоток (циннаризин, эскузан). Наибольший клинический эффект наблюдался при комплексной терапии с применением методов мануальной медицины.