

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРОКСИЗМОВ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Я. В. ЛИПИНСКАЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основании клинико-неврологического и инструментального анализа вегетативных функций у пациентов, страдающих миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации, обнаружено наличие синдрома вегетативной дистонии с симпатикотонической направленностью вегетативных функций. Установлено, что синдром вегетативной дистонии, в частности его пароксизмальный тип течения, с одной стороны, является ответом на развитие миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации, с другой — фактором, который облегчает развитие болевого синдрома и отягощает его течение, что требует воздействия на миофасциальную дисфункцию шейно-плечевой локализации для повышения эффективности терапии вегетативных пароксизмов.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, вегетативные пароксизмы, миофасциальная дисфункция шейно-плечевой локализации.

Согласно данным эпидемиологических исследований, около 80 % населения имеют вегетативные нарушения, клинически проявляющиеся в виде вегетативной дисфункции перманентного и/или пароксизмального типа [1–3]. Вегетативная дисфункция чаще всего развивается как синдром многих соматических, неврологических заболеваний, ортопедических нарушений, конституциональных особенностей длительного или остро выраженного стресса и т. п. Поэтому лечение вегетативной дисфункции заключается в воздействии как на собственно вегетативные нарушения, так и на вызвавшую их причину. В то же время от наличия и степени выраженности развившихся вегетативных расстройств часто зависит течение болезни, так как вегетативные расстройства, вплетаясь в патогенез и клиническую картину любого неврологического или соматического заболевания, значительно отягощают течение последнего [4–6].

Такими взаимосвязанными состояниями являются миофасциальная боль и вегетативная дисфункция, для наличия тесной взаимосвязи которых существуют нейрофизиологические предпосылки [7–9]. Кроме того, согласно исследованиям последних лет миофасциальная дисфункция у всех пациентов сочетается с вегетативной дисфункцией, проявляющейся психофизиологической активацией и эмоциональными нарушениями [10–13]. Причем особым взаимоотношением с неспецифическими системами мозга в силу их влияния на сегментарные вегетативные образования, участвующие в иннервации сосудов, питающих лимбико-ретикулярный комплекс, относящийся к надсегментарным вегетативным структурам, обладают мышечные болевые феномены шейно-плечевой области.

Вегетативная дисфункция имеет два типа течения — перманентный и пароксизмальный. Пароксизмальный тип течения характеризуется развитием вегетативных кризов (ВК) или вегетативных пароксизмов и отличается достаточной сложностью терапии. Особенности развития и течения ВК у пациентов, страдающих миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации, до настоящего времени не уточнены, а этот вопрос является важным ввиду необходимости поиска новых терапевтических подходов к купированию и превентивной терапии вегетативных пароксизмов.

Цель исследования — выявление особенностей формирования и течения ВК у пациентов с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации.

Дизайн исследования включал два направления:

изучение состояния вегетативного регулирования у пациентов с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации в зависимости от типа течения вегетативной дистонии;

выявление взаимосвязи выраженности мышечно-тонического синдрома и частоты и выраженности ВК.

Обследовано 105 пациентов, страдающих миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации, у которых был выявлен синдром вегетативной дистонии (СВД) (65 женщин и 40 мужчин в возрасте от 18 до 43 лет). Для выявления особенностей вегетативного регулирования при разных типах течения вегетативной дисфункции пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (57 человек) — с перманентным типом течения вегетативной дисфункции; 2-я группа (48 больных) — с пароксизмальным типом течения

Таблица 1

Частота встречаемости вегетативных нарушений у обследованных пациентов (в %)

Вегетативные нарушения	1-я группа	2-я группа
Ощущение сердцебиений	25	80
Чувство замирания сердца	3	15
Кардиалгии	25	40
Вазомоторные цефалгии	19	46
Цефалгии мышечного напряжения	34	50
Лабильность АД	30	56
Лабильность сердечного ритма	35	60
Гипергидроз локальный	25	26
Изменения дермографизма	16	21
Наличие гипервентиляционного синдрома	9	26
Вегетативно-вестибулярные кризы	—	19
Инсомнии и диссомнии	69	73
Вегетативно-сосудистые пароксизмы	0	100
Повышенная тревожность	59	86

(вегетативные пароксизмы симпатоадреналового и смешанного характера, а также вегетативно-вестибулярные пароксизмы). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц соответствующего возраста.

Все пациенты обследованы по стандартизированной программе исследований с помощью специально разработанной диагностической карты. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось на основании использования шкал объективных и субъективных вегетативных симптомов [5], выраженность болевого синдрома определялась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), мышечно-тонических нарушений — на основании расчета индекса мышечного синдрома [6]. Определялись также локализация и количество активных и латентных триггерных точек (ТТ) в мышцах шеи и плечевого пояса [14–16].

У пациентов обеих групп наблюдался синдром вегетативной дистонии (СВД), более выраженный как по субъективным, так и объективным критериям у пациентов с пароксизмальным типом течения ($p < 0,01$ по сравнению с контролем; $p < 0,05$ — различия между группами).

Так, выраженность СВД по субъективным критериям у пациентов 1-й группы составила $28,0 \pm 4,0$ балла; у пациентов 2-й группы — $32,4 \pm 4,5$ балла (верхняя граница нормы — 15 баллов). По объективным показателям средний балл составил $33,4 \pm 2,8$ (1-я группа) и $36,9 \pm 3,0$ (2-я группа) (верхняя граница нормы — 25 баллов). Более высокий уровень выраженности вегетативной дисфункции в группе с пароксизмальным типом течения вегетативной дистонии объяснялся прежде всего наличием ВК, а также более высокой тревожностью и представленностью жалоб на вегетативные дисфункции (сердцебиение, колебания АД и т. п.).

Характеристика вегетативных расстройств в исследованных группах у пациентов с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации представлена в табл. 1.

У пациентов с пароксизмальным типом течения СВД были выраженными мышечно-тонические нарушения, о чем свидетельствовал более высокий индекс мышечного синдрома (ИМС) — $16,5 \pm 3,2$, что соответствует 2–3-й степени мышечного синдрома, тогда как при СВД перманентного типа ИМС составил $11,5 \pm 3,4$ (1–2-я степень мышечного синдрома). Это объясняло жалобы пациентов на развитие ВК вслед за появлением скованности в мышцах шеи и плечевого пояса.

Поэтому важным является выявление мышц, миофасциальная дисфункция которых участвует в запуске ВК. Вертеброневрологическое и мануальное обследование пациентов, имеющих ВК, показало, что наиболее часто возникновение ВК было связано со следующими мышцами: верхней и нижней косыми мышцами головы, прямыми мышцами головы и лестничными, что объясняется их анатомическими особенностями, а именно близостью расположения к симпатическим образова-

ниям шеи. Развитие миофасциальной дисфункции наблюдалось также в трапециевидной, грудиноключично-сосцевидной мышцах, мышце, поднимающей лопатку, вовлечение которых в патологический процесс обуславливало формирование патобиомеханического двигательного стереотипа, усугубляя течение миофасциальной дисфункции и соответственно формирование порочного круга вегетативной дистонии.

Во всех мышцах пальпировались активные и латентные ТТ, количество и активность которых были связаны с частотой и выраженностью ВК ($r = +0,49$, $p < 0,05$), причем частота зависела прежде всего от активности, суммарного количества ТТ, а выраженность определялась уровнем болезненности активной ТТ. Анализ участия мышц шеи в генезе ВК у пациентов с рефлекторными мышечнотоническими синдромами шейно-плечевой локализации, а также частота встречаемости ТТ, их локализация и выраженность болезненности ТТ представлена в табл. 2.

Кроме того, наблюдалась позитивная корреляционная связь между выраженностью симпатикотонии и болевого синдрома ($r = +0,33$; $p < 0,05$); симпатикотонии и мышечного синдрома ($r = +0,39$; $p < 0,05$); мышечного синдрома и частоты вегетативных пароксизмов ($r = +0,45$; $p < 0,05$), количества активных и латентных триггерных зон в мышцах шеи и плечевого пояса и частотой вегетативных пароксизмов ($r = +0,49$; $p < 0,01$).

Таблица 2

Локализация миофасциальных триггерных точек у пациентов с вегетативными пароксизмами

Мышца	% от всей группы обследованных	Выраженность болезненности ТТ
Верхняя и нижняя косые мышцы головы	90	+++
Прямые мышцы головы	75	++
Лестничные мышцы	100	+++
Грудино-ключично-сосцевидная мышца	30	+
Мышца, поднимающая лопатку	85	+++
Трапециевидная мышца	65	++

Анализ вегетативных кризов по времени возникновения показал, что у 35% больных кризы возникали в острую фазу болевого синдрома, у 30% — на фоне хронической миофасциальной

боли в сроки от 1 мес и позже. Пациенты четко связывали возникновение ВК с усилением не столько болевого синдрома, сколько мышечно-тонических нарушений, что также подтверждает участие миофасциальной дисфункции в развитии ВК.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Существует взаимосвязь между развитием миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации и появлением ВК. ВК возникают при вовлечении в патологический процесс верхней и нижней косых мышц головы, прямых мышц головы, лестничных мышц, а также трапециевидной мышцы, грудино-ключично-сосцевидных мышц, мышц, поднимающих лопатку.

Пароксизмальный тип течения СВД ассоциируется с более выраженным мышечно-тоническим синдромом, а также с локализацией активных триггерных зон в мышцах шеи и плечевого пояса.

Для эффективной терапии ВК необходим учет наличия миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации в разработке программы лечения с использованием немедикаментозных и медикаментозных методов терапии.

Литература

1. *Волошин П. В., Міщенко Т. С.* Стан неврологічної служби в Україні в 2010 році та перспективи розвитку.— Харків, 2010.— 24 с.
2. *Григорьева В. Н.* Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине // Журн. неврологии и психиатрии.— 2002.— № 12.— С. 3–9.
3. *Морозова О. Г.* Вегетативные дисфункции в общесоциальной практике // Здоровье Украины.— 2008.— № 3.— С. 51–52.
4. *Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Данилов А. Б.* Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А. М. Вейна.— М.: МЕДпресс-информ, 2001.— 372 с.
5. *Вейн А. М.* Вегетативные расстройства.— М.: Медицинское информационное агенство, 2003.— 749 с.
6. *Хабиров Ф. А.* Клиническая неврология позвоночника.— Казань, 2003.— 472 с.
7. *Павленко С. С.* Патопфизиология хронической боли // Справочник врача общей практики.— 2007.— № 11.— С. 12–20.
8. *Ярошевский А. А.* Вегетативная дисфункция и мышечно-скелетная боль: взаимосвязь и возможности немедикаментозной терапии // Междунар. невролог. журн.— 2010.— № 4.— С. 62–70.
9. *Zimmermann M.* Pathobiology of neuropathic pain // European Journal of Pharmacology.— 2001.— Vol. 429.— P. 23–37.
10. *Ярошевский А. А.* Интенсивность болевых ощущений и личностная тревожность у пациентов с первичной цефалгией мышечного напряжения // Мед. психология.— 2008.— № 4.— С. 89–92.
11. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment / H. Breivik, B. Collett, V. Ventafridda et al. // Eur. J. Pain.— 2006.— Vol. 10, № 4.— P. 287–333.
12. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease / A. V. Apkarian, M. C. Bushnell, R. D. Treede, J. K. Zubieta // Eur. J. Pain.— 2004.— Vol. 9.— P. 463–484.
13. Chronic pain: a population-based study / A. Neville, R. Peleg, Y. Singer et al. // Isr. Med. Assoc. J.— 2008.— Vol. 10, № 10.— P. 676–680.
14. *Иваничев Г. А.* Мануальная медицина.— М.: Медпресс, 2005.— 486 с.
15. *Иваничев Г. А.* Миофасциальная боль.— Казань, 2007.— 392 с.
16. *Фергюсон Л. У.* Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство: пер. с англ. / Под общ. ред. М. Б. Цыкунова, М. А. Еремускина.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 544 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВЕГЕТАТИВНИХ ПАРОКСИЗМІВ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ ШИЙНО-ПЛЕЧОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Я. В. ЛИПІНСЬКА

На підставі клініко-неврологічного та інструментального аналізу вегетативних функцій у пацієнтів, що страждають на міофасціальну дисфункцію шийно-плечової локалізації, виявлено наявність

синдрому вегетативної дистонії з симпатикотонічною направленістю вегетативних функцій. Встановлено, що синдром вегетативної дистонії, зокрема його пароксизмальний тип перебігу, з одного боку, є відповіддю на розвиток міофасціальної дисфункції шийно-плечової локалізації, з іншого — фактором, який полегшує розвиток больового синдрому та ускладнює його перебіг, що потребує впливу на міофасціальну дисфункцію шийно-плечової локалізації для підвищення ефективності терапії вегетативних пароксизмів.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, вегетативні пароксизми, міофасціальна дисфункція шийно-плечової локалізації.

THE PECULIARITIES OF VEGETATIVE PAROXYSMS COURSE AT MYOFASCIAL DYSFUNCTION OF CERVICOBRACHIAL LOCATION

Ya. V. LIPINSKAYA

The presence of vegetative dystonia syndrome with sympathicotonic vegetative functions was revealed based on clinical and instrumental analysis of vegetative functions in patients with myofascial dysfunction of cervicobrachial location. It was established that syndrome of vegetative dystonia, in particular its paroxysmal type, on the one hand is the response to development of myofascial dysfunction of cervicobrachial location, on the other hand, the factor promoting pain syndrome and aggravating its course, which requires treatment of myofascial dysfunction of cervicobrachial location to improve the efficacy of therapy for vegetative paroxysms.

Key words: vegetative dysfunction, vegetative paroxysms, myofascial dysfunction of cervicobrachial location.

Поступила 12.01.2012