

Диагностика и лечение миофасциального синдрома в ЛОР-клинике: анализ пятилетнего опыта НИКИО им. Л. И. Свержевского

М. В. Тардов¹, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела сурдологии и патологии внутреннего уха, врач-невролог

Н. Л. Кунельская², докт. мед. наук, профессор кафедры оториноларингологии лечебного факультета

А. В. Болдин³, канд. мед. наук, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, невролог, подиатр

Л. Г. Агасаров^{3,4}, докт. мед. наук, заведующий отделом рефлексотерапии, профессор кафедры восстановительной медицины

Е. В. Байбакова¹, канд. мед. наук, руководитель отдела сурдологии и патологии внутреннего уха

М. А. Чугунова¹, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела сурдологии и патологии внутреннего уха

З. О. Заоева¹, канд. мед. наук, врач-невролог

Т. С. Заушникова⁵, врач-стоматолог

¹ Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского. 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 18А, стр. 2

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

³ Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии. 121099, Москва, Новый Арбат, д. 32

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова. 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

⁵ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова. 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

Цель исследования — оценка роли миофасциального синдрома, развивающегося на фоне цервикальной патологии, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава или окклюзионных нарушений, в развитии алгических феноменов и кохлеовестибулярной симптоматики, имитирующих заболевания ЛОР-органов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов нескольких исследований, выполненных в 2012–2017 гг. в НИКИО им. Л. И. Свержевского и включивших более 3000 человек с болями в области шеи и головы и/или кохлеовестибулярной симптоматикой в сочетании с миофасциальным болевым синдромом (МФБС), развивающимся на фоне цервикальной патологии, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава или окклюзионных нарушений.

Результаты. Определены закономерности развития МФБС в области головы и шеи, а также особенности диагностики триггерных точек с болевыми и неболевыми (шум и заложенность в ухе, снижение слуха, головокружение) проявлениями. Описаны принципы лечения МФБС с болевыми и неболевыми проявлениями и варианты терапии, применяемые в НИКИО, показан эффект патогенетической терапии при совместной работе врачей нескольких специальностей — ЛОР, невролога, мануального терапевта и стоматолога.

Заключение. Одной из причин болей, локализованных в области лица и шеи и имитирующих заболевания ЛОР-органов, а также стоматологическую патологию, может быть миофасциальный синдром перикраниальной мускулатуры. Лечение подобных клинических форм должно быть предметом междисциплинарного подхода и включать медикаментозное и немедикаментозное воздействие — обезболивание, расслабление и растяжение заинтересованных мышц.

Ключевые слова: миофасциальный синдром, триггерная точка, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, нарушение окклюзии зубных рядов, кохлеовестибулярный синдром

UDC 615.828+616.711+616.21

© M. Tardov, N. Kunelskaya, A. Boldin,
L. Agasarov, E. Baybakova, M. Chugunova,
Z. Zaoeva, T. Zaushnikova, 2018

Diagnostics and treatment of myofascial syndrome in the ENT-clinic: analysis of five-year experience of L. I. Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Research Clinical Institute

M. V. Tardov¹, Ph. D., M. D., D. Sc., senior researcher in the Department of Surdology and Pathology of the Inner Ear, neurologist

N. L. Kunelskaya², Ph. D., M. D., D. Sc., professor in the Department of Otorhinolaryngology of the faculty of general medicine

A. V. Boldin³, Ph. D., M. D., manual therapist, reflexologist, neurologist, podiatrist

L. G. Agasarov^{3,4}, Ph. D., M. D., D. Sc., head of the Department of Reflexotherapy, professor in the Department of Restorative Medicine

E. V. Baybakova¹, Ph. D., M. D., D. Sc., head of the Department of Surdology and Pathology of the Inner Ear

M. A. Chugunova¹, Ph. D., M. D., D. Sc., senior researcher in the Department of Surdology and Pathology of the Inner Ear

Z. O. Zaoeva¹, Ph. D., M. D., D. Sc., neurologist

T. S. Zaushnikova⁵, dentist

¹ L. I. Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Research Clinical Institute. 18A/2, Zagorodnoye shosse, Moscow, 117152

² N. I. Pirogov Russian National Research Medical Institute. 1, Ostrovityanova str., Moscow, 117997

³ National Medical Research Center of Medical Rehabilitation and Health Resort. 32, Novy Arbat, Moscow, 121099

⁴ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. 8/2, Trubetskaya str., Moscow, 119991

⁵ A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. 20/1, Delegatskaya str., Moscow, 127473

Goal of research — to evaluate the role of myofascial syndrome developing on the background of cervical pathology, dysfunction of the temporomandibular joint or occlusive disorders. The myofascial syndrome manifests itself in the development of pain phenomena, cochlear and vestibular symptoms similar to the symptoms of the diseases of the ENT organs.

Materials and methods. We have analyzed the results of several studies conducted in 2012–2017 at L. I. Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Research Clinical Institute, which involved more than 3000 people with neck and head pain and/or cochleovestibular symptoms in combination with myofascial pain syndrome (MFPS), developing on the background of cervical pathology, dysfunction of the temporomandibular joint or occlusive disorders.

Results. Patterns of development of the MFPS in head and neck regions, as well as peculiarities of diagnostics of trigger points with pain and non-pain manifestations (buzzing in ears, ear fullness, loss of hearing, dizziness) were defined. The principles of MFPS treatment with pain and non-pain manifestations and therapy options used in L. I. Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Research Clinical Institute were described. The effect of pathogenetic therapy is shown in the collaborative work of doctors of different specialties: ENT specialist, neurologist, physiotherapist and dentist.

Conclusion. Myofascial syndrome of the pericranial muscles can be one of the causes of face and neck pain imitating diseases of ENT organs and dental pathologies. Treatment of such clinical forms should be the subject of an interdisciplinary approach. It should include pharmaceutical and non-pharmaceutical methods: analgesia, relaxation and stretching of the corresponding muscles.

Key words: *myofascial syndrome, trigger point, dysfunction of temporomandibular joint, occlusion disturbance, cochleovestibular syndrome*

Введение

Определение миофасциального болевого синдрома (МФБС) основано на понятии миофасциальной триггерной точки (ТТ), описанной доктором Дж. Трэвелл в 1948 г. как «гипервозбудимая точка, расположенная обычно в пределах плотного пучка скелетной мышцы или в мышечной

фасции, которая болезненна при компрессии и может вызывать характерную отраженную боль, болезненность и автономные (вегетативные) явления» [1]. Важнейшей характеристикой ТТ служит именно боль: обычно монотонная ноющая или тянущая, которая может сопровождаться парестезиями в той же области и вегетативными проявлениями в виде изменения потоотделения, цвета кожи, волосяного покрова. Помимо вегетативных симптомов, таких как локальный гипергидроз, слюноотечение, регионарный спазм сосудов, Д. Симонс и Дж. Трэвелл описали и другие, неболевые проявления ТТ, например шум в ушах, ощущение заложенности в ушах, нарушение равновесия, головокружение.

Различают активные и латентные ТТ, причем последние встречаются в 10 раз чаще. Для активных ТТ характерна спонтанная и отраженная в определенную зону боль, латентные ТТ характеризуются локальной болезненностью только при пальпации без типичной иррадиации. Латентные ТТ могут переходить в активную форму под влиянием провоцирующих факторов. Важным свойством первичной ТТ служит возможность активации вторичной ТТ в зоне отраженных болей, которая в свою очередь может провоцировать формирование ТТ третьего порядка и т. д.

Активные ТТ служат базисом развития МФБС, определяемым Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) как хронический болевой синдром, возникающий от одного или нескольких триггерных пунктов одной или нескольких мышц позвоночника. Учитывая принадлежность жевательных и мимических мышц к поперечнополосатой мускулатуре, следует принимать во внимание возможность формирования МФБС на основе активных ТТ именно в области лица. К наиболее распространенным процессам, связанным с ТТ, относятся головные боли напряжения (активные ТТ), встречающиеся у 70 % от общей популяции, при этом у 80 % из них в основе болей лежит именно МФБС [2] и фибромиалгия (большое число латентных ТТ) [3, 4].

Выделяют три фазы МФБС [5]:

I — острая — постоянная изнуряющая боль, связанная с активными ТТ;

II — подострая — боли только при движении, малое число активных ТТ;

III — хроническая — умеренная мышечная дисфункция, преимущественно латентные ТТ.

В основе формирования ТТ лежит патологическое переутомление или прямое повреждение мышц, а провокацией может служить переохлаждение, психоэмоциональный фактор, соматическое или инфекционное заболевание и др. [6].

Хотя возможна локация ТТ при помощи электромиографического исследования [7] или УЗИ [8], но основным методом диагностики МФБС является клиническая оценка миофасциальной ТТ, которая основывается на характерном описании пациентом болевых и иных ощущений, связанных с компрессией триггера, данных анамнеза и результатах физикального обследования.

При пальпаторном исследовании мышц возможно выявление следующих закономерностей:

- ТТ ощущается как четко ограниченная область (или тяж в случае группы ТТ), болезненная при компрессии как в зоне локализации ТТ, так и в отраженной зоне;
- компрессия ТТ может сопровождаться появлением/усилением неболевых феноменов;
- усиление боли при активном или пассивном растяжении мышцы с ТТ;
- ограничение растяжения пораженной мышцы с усилением боли при попытке увеличения амплитуды движения;
- нарушение чувствительности в зоне отражения ТТ.

В НИКИО им. Л. И. Свержевского часто приходится сталкиваться с МФБС, маскирующимся под проявления ЛОР-заболеваний, а также под стоматологические болевые синдромы [9]. Так, раздражение ТТ в разных частях жевательной мышцы может вызывать боль, имитирующую гайморит, фронтит или отит; боль в зубах верхней или нижней челюсти. Стимуляция ТТ в разных частях височной мышцы вызывает местную болезненность под маской фронтита в зоне проекции лобной пазухи или зубную боль в верхней челюсти. Говоря о лице, обязательно нужно помнить о множестве мимических мышц, ТТ в которых создают болевой эффект в проекции гайморовой пазухи

(гайморит), — это большая и малая скуловые 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.

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. Чаще всего вовлеченной в МФБС оказывается грудино-ключично-сосцевидная мышца (ГКСМ), что объяснимо высокой потребностью ее функционирования в современном мире: 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 голова/шея лежит дисфункция желудка (гастрит, грыжа пищевого отверстия диафрагмы и др.): висцеральная импульсация приводит к гипотензии коротких флексоров шеи и ключичной порции большой грудной мышцы. Такое нарушение тонуса вызывает напряжение в коротких экстензорах шеи с формированием ТТ, определяющих МФБС, имитирующий проявления отита, мастоидита или сфеноидита [10].

Говоря о тонусном дисбалансе и формировании триггеров во флексорах и экстензорах шеи, нельзя не упомянуть о хлыстовой травме шеи, весьма распространенном явлении при нынешнем типе транспортного движения. Резкое переразгибание шейного отдела позвоночника с последующим рикошетным сгибанием наносит травму не только позвонкам и межпозвоночным дискам, но и самим мышцам шеи — в первую очередь ГКСМ, а также группе подзатылочных мышц. В течение нескольких недель в области травмы формируются локальные мышечные гипертонусы, которые в дальнейшем могут служить как болевыми, так и неболевыми триггерами.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов нескольких исследований, выполненных в 2012–2017 гг. в НИКИО им. Л.И. Свержевского и включивших более 3000 человек с болями в области шеи и головы и/или кохлеовестибулярной симптоматикой в сочетании с МФБС, развивающимся на фоне цервикальной патологии, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава или окклюзионных нарушений.

Результаты и обсуждение

Распространенность МФБС области голова/шея весьма высока: по нашим данным [11], полученным при анализе болевых синдромов у 664 человек, обратившихся в ЛОР-клинику в течение 5 лет именно по поводу головных и лицевых болей, у 183 (27,5%) имели место головные боли напряжения с наличием ТТ, у 137 (20,6%) — МФБС, имитирующий заболевания околоносовых пазух, уха и горла (табл. 1). Чаще всего боли иррадиируют из области подзатылочных мышц в ухо, реже — в горло (из ГКСМ и подкожной мышцы), у 15% пациентов ТТ были латентными с болезненностью только при пальпации.

Согласно Д. Симонс и Дж. Трэвелл [1], МФБС может проявляться и неболевыми симптомами. 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

Таблица 1

**Распределение зон иррадиации миофасциальных болей
от ТТ в области головы и шеи (n=137)**

Зона иррадиации	%
Ухо	34
Верхнечелюстная пазуха	10
Лобная пазуха	12
Горло	20
Заушная область	5
Нос	4
Локальная болезненность	15

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 предмет наличия болевой зоны. Далее выполнить ее компрессию на 5–10 с и уточнить у пациента, не менялся ли во время компрессии слух, 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 напряжения позы и создает поток неадекватной сенсорной информации, поступающий в стволовой невральные интеграторы [12]. Оттуда вестибулярный анализатор в свою очередь получает ложную информацию, подобную информации о качающейся палубе, — зачастую именно этими словами пациенты описывают свои ощущения. Возможен вариант запуска приступов несистемного или системного головокружения при стимуляции миофасциальных ТТ в мышцах шеи — как правило, в ГКСМ [13]. Наш опыт анализа различных форм кохлеовестибулярных синдромов у более чем 300 пациентов показал, что у 34 % симптоматика объяснялась МФБС уровня голова/шея [14]. При этом 64 % больных имели многолетний анамнез головокружений и шума в ушах.

Шейные и лицевые мышцы вовлекаются в МФБС с неодинаковой частотой. В упомянутом исследовании [9] мы провели анализ частоты встречаемости ТТ в разных мышцах у 94 человек с болевыми и кохлеовестибулярными проявлениями МФБС (табл. 2). Чаще всего в формировании МФБС области голова/шея принимают участие ГКСМ и нижняя косая мышца головы — $\frac{1}{3}$ и $\frac{1}{4}$ всех случаев соответственно.

Важной особенностью шейных и жевательных мышц является их взаимосвязанная работа, обусловленная не только общностью происхождения, но и особенностями онтогенеза. С момента, когда ребенок начинает держать голову, синхронно изменяется тонус мышц разгибателей и противостоящих им сгибателей шеи. Параллельно начинают формироваться мышцы дна ротовой полости и жевательные по мере опускания нижней челюсти под действием силы тяжести. Таким образом, вокруг виртуальной оси парного височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) функционально объединяются все мышцы региона.

В результате, дисфункция ВНЧС приводит к расстройству сбалансированной работы медиальной крыловидной мышцы и мышц, напрягающих мягкое нёбо и барабанную перепонку. Их несогласованное действие приводит к ложному нарушению проходимости слуховой трубы и подвижности барабанной перепонки, что проявляется ощущением заложенности уха и снижением остроты

Таблица 2

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

Мышца	%
Грудино-ключично-сосцевидная	7
Трапецевидная	33
Нижняя косая головы	24
Передняя прямая головы	13
Височная	16
Жевательная	16
Двубрюшная	1

слуха. Важная роль в генезе неболевых проявлений МФБС отводится связке Пинто, соединяющей молоточек среднего уха с капсулой и диском ВНЧС, которая оказывается чрезмерно напряженной при изменении функционирования сустава на фоне гипертонуса жевательных мышц [15]. По некоторым данным, до 30% молодых людей страдают болевой дисфункцией ВНЧС разной степени выраженности [16]. Зачастую даже субклинические формы патологии ВНЧС приводят к развитию ТТ в жевательных мышцах, маскируясь под типичную картину хронического синусита.

Принципы лечения МФБС сформулированы Д. Симонс и Дж. 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 применяют нестероидные противовоспалительные препараты — селективные ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам (Мовалис) по 15 мг утром, эторикоксиб (Аркоксия) по 90 мг утром или нимесулид (Нимесил) по 100 мг утром. Препарат подбирают с учетом индивидуальной чувствительности и возможности увеличения суточной дозы в 1,5–2 раза курсом 5–10 дней. При выраженных локальных болях десятидневным курсом назначают аппликации пластырей с лидокаином (Версатис) на болевую область — до трех пластырей одномоментно на 12 ч с суточным перерывом. Хороший эффект отмечается при сочетании медикаментозной и физиотерапии: фонофорез с гидрокортизоном и последующим электрофорезом новокаина на шейно-воротниковую область — 8–12 процедур.

Для расслабления мышцы с успехом используют миорелаксанты центрального действия: тизанидин (Сирдалуд) по 2–4 мг 2 раза в день, толперизон (Мидокалм) по 150 мг 3 раза в день или Баклофен по 10 мг 2 раза в день. 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 Д. Симонсу. Компрессию ТТ используют также для создания очага локальной ишемии в этой точке с целью лишения ее энергетических ресурсов для поддержания дальнейшего сокращения. Хороший расслабляющий эффект дают разогревающие мази.

Следует отметить, что для лечения пациентов широко использовали различные остеопатические техники: миофасциальный релиз, стрейн-контрстрейн, миоэнергетические техники Митчела, прямые и/или непрямые функциональные техники и другие, что, несомненно, повышало эффективность лечения. В ряде случаев приходилось прибегать к трастовым техникам, главным образом на уровне C_0 – C_1 . Большое внимание было уделено коррекции мышечных, связочных и внутрису-

Таблица 3

Результаты лечения проявлений МФБС методами мануальной терапии, n=30

Тип триггера	До лечения, абс. число (%)	После лечения
Болевые	30 (100)	0
Шумовые	14 (46,7)	0
Головокружение несистемное	12 (40)	0
Головокружение системное	6 (20)	0

Таблица 4

Динамика слуховых расстройств после курса лечения МФБС, n=30

Тип триггера	До лечения, абс. число (%)	После лечения
Болевые	30 (100)	0
Шумовые	14 (46,7)	0
Головокружение несистемное	12 (40)	0
Головокружение системное	6 (20)	0

Таблица 5

Динамика вестибулярных показателей после курса терапии МФБС, n=30

Показатель	До лечения, абс. число (%)	После лечения, абс. число (%)
Нистагм по данным видеонистагмографии		
спонтанный	12 (40)	2 (7)
скрытый спонтанный	24 (80)	6 (20)
встряхивание головы	30 (100)	8 (27)
шейный позиционный	30 (100)	10 (33)
Степень дезадаптации от головокружения (G. P. Jacobson, C. W. Newman)		
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*

Примечание. Здесь и в табл. 6: * различие показателей до и после лечения статистически значимы, $p < 0,05$

Таблица 6

Изменение параметров жевательной нагрузки в процессе коррекции зубной окклюзии у пациентов с МФБС и кохлеовестибулярным синдромом, $M \pm \sigma$

Параметр	До лечения	После лечения
Средняя разница давления при правостороннем типе жевания, %	44,9±28,5	16,4±10,4*
Средняя разница давления при левостороннем типе жевания, %	26,8±13,0	12,2±8,1*
Время разобщения зубных рядов, с	2,65±2,5	0,67±0,66*

ставных дисфункций собственно ВНЧС. При выявлении краниальных, висцеральных дисфункций, а также патологии стоп проводили соответствующую остеопатическую коррекцию этих нарушений. В случае стойкой дисфункции стоп пациентам изготавливали индивидуальные ортезы [17]. Все воздействия проводили под контролем мануального мышечного тестирования [18]. Курс включал 6–8 процедур (1–2 раза в неделю).

Длительно испытываемые пациентом боли, также 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 противотревожного или антидепрессивного действия.

После достижения клинического эффекта стабильное состояние пациенты поддерживали, выполняя предписанный комплекс лечебной физкультуры и регулярных дозированных динамических нагрузок, например плавания, обращая внимание на правильное техническое выполнение его приемов. Также принципиально важна 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 нашей работе [18], в которой проанализированы результаты лечения 30 пациентов с кохлеовестибулярным синдромом, показана возможность полной элиминации болевых ТТ, а также триггеров шума и головокружения (табл. 3).

При этом интенсивность неболевых проявлений МФБС снижалась. Несмотря на отсутствие достоверного повышения остроты слуха в среднем по группе, у 3 (10 %) человек аудиометрические показатели нормализовались; в то же время, субъективная интенсивность тиннитуса снизилась достоверно (табл. 4).

В то же время, достоверно уменьшилась доля больных с нистагмом, а у 6 пациентов с триггер-обусловленным кохлеовестибулярным синдромом прекратились меньеровские приступы. Достоверно снизились средние показатели дезадаптированности, связанной с головокружением (табл. 5).

Следует отметить, что в случаях выявления дисфункции ВНЧС и/или аномалий окклюзии у пациентов с кохлеовестибулярными проявлениями МФБС необходимо целенаправленное воздействие на челюстно-лицевую область. Такое воздействие включает, с одной стороны, весь комплекс мер по лечению МФБС жевательной мускулатуры, а с другой — стоматогнатическую коррекцию. На первом этапе осуществляется шлифовывание зубных суперконтактов, хорошо визуализируемых с помощью программы T-scan. Шлифовывание производят 3–5 раз с интервалами 4–5 дней под контролем T-scan. По материалам обследования 390 пациентов с кохлеовестибулярным синдромом и окклюзионными нарушениями [19, 20] показана сильная корреляция регресса проявлений МФБС и стабилизации жевательного акта в процессе коррекции окклюзии зубных рядов (табл. 6).

Разница в жевательной нагрузке на правую и левую половины челюстей достоверно снижается и почти до нормы сокращается время разобщения челюстей в акте жевания. В дальнейшем при необходимости пациенту проводят протезирование или рекомендуют использование ночных разгрузочных сплинтов.

Заключение

Таким образом, данные литературы и результаты проведенных исследований подтверждают, что одной из причин болей, локализованных в области лица и шеи и имитирующих заболевания ЛОР-органов, а также стоматологическую патологию, может быть миофасциальный синдром перикраниальной мускулатуры. Он может проявляться не только характерными болями, но и специ-

фическими неболевыми феноменами, формирующими, в частности, кохлеовестибулярную симптоматику. В диагностике после исключения иных причин страдания основную роль играет пальпаторное исследование мышц, для которых характерны отраженные боли в зонах интереса. Лечение подобных клинических форм должно быть предметом междисциплинарного подхода и включать медикаментозное и немедикаментозное воздействие — обезболивание, расслабление и растяжение заинтересованных мышц. Такой подход позволяет своевременно направить пациента с болью, головокружением или шумом в ухе к специалисту соответствующего профиля — к неврологу, стоматологу, мануальному терапевту, оптимизируя результаты лечения хронического болевого синдрома.

Исследование не финансировалось каким-либо источником, конфликт интересов отсутствует.

Литература / References

1. Трэвелл Дж. Г., Симонс Д. Г. Миофасциальные боли. М.: Медицина; 1989; Т.1; 15–99. Trevell Dzh. G., Simons D. G. *Myofascialnyie boli* [Myofascial pain]. Moscow: Meditsina; 1989; Vol. 1; 15–99.
2. Bron C., Dommerholt J. D. Etiology of myofascial trigger points. *Curr Pain Headache Rep.* 2012 Oct; 16 (5): 439–444. <https://doi:10.1007/s11916-012-0289-4>.
3. Mehul J. Desai, Vikramjeet Saini, Shawnjeet S. Myofascial Pain Syndrome. *A Treatment Review Pain Ther* 2013 Jun; 2 (1): 21–36. <https://doi:10.1007/s40122-013-0006-y>
4. Болдин А. В., Тардов М. В., Кунельская Н. Л. Миофасциальный синдром: от этиологии до терапии (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал). Тула: 2015; 3–6. Boldin A. V., Tardov M. V., Kunelskaya N. L. Myofascial syndrome: from etiology to therapy (literature review). *Vestnik novykh meditsinskih tekhnologiy (elektronnyy zhurnal)*. Tula: 2015; 3–6. <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5073.pdf>, <https://doi:10.12737/10417>
5. Иваничев Г. А. Патогенетические аспекты формирования и проявления классических болевых мышечных синдромов. Мануальная терапия 2009; 3 (35): 3–12. Ivanichev G. A. Pathogenetic aspects of the formation and manifestation of classic painful muscle syndromes. *Manualnaya terapiya* 2009; 3 (35): 3–12.
6. Артеменко А. Р., Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. проф. В. И. Голубева. М.: МЕДпресс-информ; 2010; 336 с. Artemenko A. R., Vejn A. M., Voznesenskaja T. G. and others. *Bolevyie sindromy v nevrologicheskoy praktike* [Pain syndromes in neurological practice]. Moscow: MEDpress-inform; 2010; 336 p.
7. Василевский С. С., Сиваков А. П. Мышечно-фасциальные болевые синдромы туловища: Учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО; 2009; 37 с. Vasilevskiy S. S., Sivakov A. P. *Myishechno-fastsialnyie bolevyie sindromy tulo-vischa: Uchebno-metodicheskoe posobie* [Muscular-fascial pain syndromes of the trunk: Teaching-methodical manual]. Minsk: BelMAPO; 2009; 37 p.
8. Hoyle J. A., Marras W. S., Sheedy J. E., Hart D. E. Effects of postural and visual stressors on myofascial trigger point development and motor unit rotation during computer work. *J Electromyogr Kinesiol* 2010; 21 (1): 41–48. <https://doi:10.1016/j.jelekin.2010.04.006>.
9. 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. Bubnov R. V., Klitinskiy Yu. V. The use of «dry» acupuncture trigger points under ultrasound in the treatment of dysfunction of the temporomandibular joint. Primary experience. *Dentalnyie tekhnologii* 2010; 1 (44): 45–52.
10. Кунельская Н. Л., Тардов М. В., Рудковский А. И., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Зоева З. О., Клясов А. В., Янюшкина Е. С., Кудеева Я. Ю. Миофасциальные боли в клинике ЛОР-болезней: диагностика, лечение. Лечебное дело 2015; 1: 91–95. Kunelskaya N. L., Tardov M. V., Rudkovskiy A. I., Baybakova E. V., Chugunova M. A., Zaoeva Z. O., Klyasov A. V., Yanyushkina E. S., Kudееva Ya. Yu. Myofascial pain in the clinic of ENT diseases: diagnosis, treatment. *Lechebnoe delo* 2015; 1: 91–95.
11. Макина С. К., Агасаров Л. Г. Оптимизация комплексной терапии больных с дорсопатией. Традиционная медицина 2012; 30 (30): 13–15. Makina S. K., Agasarov L. G. Optimization of complex therapy of patients with dorsopathy. *Traditsionnaya meditsina* 2012; 30 (30): 13–15.
12. Тардов М. В., Кунельская Н. Л., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Никиткина Я. Ю., Клясов А. В., Артемьев М. Е., Зоева З. О. Структура болевых синдромов лица в клинике ЛОР-болезней. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae 2016; 1 (22): 58–63. Tardov M. V., Kunelskaya N. L., Baybakova E. V., Chugunova M. A., Nikitkina Ya. Yu., Klyasov A. V., Artemev M. E., Zaoeva Z. O. Structure of pain syndromes in the ENT clinic. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2016; 1 (22): 58–63.
13. Brandt T., Bronstein A. M. Cervical vertigo. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71: 8–12. <https://doi:10.1136/jnnp.71.1.8>.

14. Кунельская Н. Л., Тардов М. В., Рудковский А. И., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Зоева З. О., Якимов В. О. Болезнь Меньера или ...?. Трудный пациент. 2015; 10–11: 47–49. Kunelskaya N.L., Tardov M. V., Rudkovskiy A. I., Baybakova E. V., Chugunova M. A., Zaoeva Z. O., Yakimov V. O. Meniere's disease or ...?. *Trudnyiy patsient* 2015; 10–11: 47–49.
15. Стулин И. Д., Кунельская Н. Л., Тардов М. В., Чугунова М. А., Байбакова Е. В., Зоева З. О., Тардова И. М. Сложные виды головокружений: возможности диагностики. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014; 6: 4–7. Stulin I. D., Kunelskaya N. L., Tardov M. V., Chugunova M. A., Baybakova E. V., Zaoeva Z. O., Tardova I. M. Complex types of dizziness: diagnostic capabilities. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* 2014; 6: 4–7.
16. Иванов В. В., Марков Н. М. Влияние зубочелюстной системы на постуральный статус пациента. Мануальная терапия. 2013; 3 (51): 83–89. Ivanov V. V., Markov N. M. Influence of the dentoalveolar system on the postural status of the patient. *Manualnaya terapiya* 2013; 3 (51): 83–89.
17. Manolopoulos L., Vlastarakos P. V., Georgiou L., Giotakis I., Loizos A., Nikolopoulos T. P. Myofascial pain syndromes in the maxillofacial area: a common but underdiagnosed cause of head and neck pain. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37 (11): 975–984. <https://doi:10.1016/j.ijom.2008.04.023>.
18. Болдин А. В., Агасаров Л. Г., Тардов М. В., Шахабов И. В. Немедикаментозные способы коррекции краниоцервикального миофасциального болевого синдрома и деформации стоп. Традиционная медицина 2016; 2 (45): 15–19. Boldin A. V., Agasarov L. G., Tardov M. V., Shahabov I. V. Non-pharmacological methods of correction of craniocervical myofascial pain syndrome and deformities of the feet. *Traditsionnaya meditsina* 2016; 2 (45): 15–19.
19. Болдин А. В., Агасаров Л. Г., Тардов М. В., Кунельская Н. Л., Саморуков А. Е., Мамедова Л. А. и др. Комплексный подход к лечению пациентов с кохлеовестибулярным синдромом, обусловленным миофасциальной патологией и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Мануальная терапия 2016; 3 (63): 3–11. Boldin A. V., Agasarov L. G., Tardov M. V., Kunelskaya N. L., Samorukov A. E., Mamedova L. A. and others. Complex approach to the treatment of patients with the vestibular syndrome caused by myofascial pathology and temporomandibular joint dysfunction. *Manualnaya terapiya* 2016; 3 (61): 3–11.
20. Болдин А. В., Агасаров Л. Г., Тардов М. В., Кунельская Н. Л. Роль дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и окклюзионных нарушений в патогенезе соматогенного кохлеовестибулярного синдрома. Альманах клинической медицины 2016; 44 (7): 798–808. Boldin A. V., Agasarov L. G., Tardov M. V., Kunelskaya N. L. The role of dysfunction of the temporomandibular joint and occlusive disorders in the pathogenesis of somatogenic cochleovestibular syndrome. *Almanah klinicheskoy meditsiny* 2016; 44 (7): 798–808. <https://doi:10.18786/2072-0505-2016-44-7-798-808>.

Дата поступления 13.03.2018

Контактная информация:

Михаил Владимирович Тардов
e-mail: mvtardov@rambler.ru

Тардов М. В., Кунельская Н. Л., Болдин А. В., Агасаров Л. Г., Байбакова Е. В., Чугунова М. А., Зоева З. О., Заушников Т. С. Диагностика и лечение миофасциального синдрома в ЛОР-клинике: анализ пятилетнего опыта НИКИО им. Л. И. Свержевского. *Российский остеопатический журнал* 2018; 1–2 (40–41): 28–37. Tardov M. V., Kunelskaya N. L., Boldin A. V., Agasarov L. G., Baybakova E. V., Chugunova M. A., Zaoeva Z. O., Zaushnikova T. S. Diagnostics and treatment of myofascial syndrome in the ENT-clinic: analysis of five-year experience of L. I. Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Research Clinical Institute. *Russian osteopathic journal* 2018; 1–2 (40–41): 28–37.