

УДК 616.833.15-009.7-07

Е.В. Балязина, Т.А. Исаханова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ЛИЦА С КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом мануальной терапии и рефлексотерапии,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: t1123911i@yandex.ru*

Приведён клинический случай миофасциального болевого синдрома лица у женщины 54 лет. Описаны критерии диагностики, включающие клинко-неврологическое обследование, компьютерную томографию головного мозга, костей лицевого черепа и височно-нижнечелюстных суставов, диагностическую блокаду. Обсуждаются вопросы лечения.

Ключевые слова: классическая невралгия тройничного нерва, миофасциальный синдром, миофасциальный болевой синдром лица, жевательные мышцы.

E.V. Balyazina, T.A. Isahanova

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF FACE MYOFASCIAL PAIN SYNDROME WITH TYPICAL TRIGEMINAL NEURALGIA (A CLINICAL CASE REPORT)

*Rostov State Medical University,
Department of Neurology and Neurosurgery with Manual and Reflex Therapy,
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: t1123911i@yandex.ru*

A case of face myofascial pain syndrome of female patient 54 years old is discussed. The diagnostics criteria, including clinical and neurological examination, computerized tomography of brain, facial bones and temporomandibular joints, diagnostic blockade are described. Treatment issues are discussed.

Keywords: typical trigeminal neuralgia, myofascial syndrome, face myofascial pain syndrome, masticatory muscles.

Невралгия тройничного нерва (НТН) характеризуется тяжелыми ланцирующими болевыми пароксизмами типа удара электрическим током, обычно односторонними, чаще в зоне иннервации второй и третьей ветвей и – очень редко – первой. Боль возникает спонтанно или в результате раздражения триггерных зон неболевыми раздражителями кожи или слизистой оболочки полости рта, зубов или языка. Приступ длится от нескольких секунд до нескольких минут, повторяясь через короткие интервалы, провоцируемый не только чувствительными раздражителями, но и движением языка, челюсти, разговором, жеванием и пр. Заболевание характеризуется ремитирующим течением, причем продолжительность ремиссий с возрастом сокращается [1].

Этиология НТН многофакторна. Различают две формы невралгии – первичную и вторичную [2]. Причиной классической (первичной) НТН является сдавление корешка нерва аномальным удлинённым сосудом, чаще всего верхней мозжечковой артерией [3].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные различным аспектам невралгии тройничного нерва, в данной проблеме имеется ещё много дискуссионных и нерешенных вопросов относящихся, прежде всего к основным ее разделам – этиологии, патогенезу и принципам терапии [4].

Как следствие недостаточной изученности, часто имеет место низкая эффективность проводимого лечения, поэтому для невралгии тройничного нерва характерно формирование хронических, резистентных форм заболевания [5].

Миофасциальный синдром – одна из самых частых причин хронических болей, в основе которого лежит формирование в мышцах триггерных точек, раздражение которых вызывает не только локальную, но и отражённую (в удалённой от этой точки зоне) боль [6].

Миофасциальный болевой синдром лица (МФБСЛ) возникает в результате формирования в жевательных мышцах (собственно жевательная, височная, латеральная и медиальная крыловидные мышцы, а также мышцы дна полости рта) болезненных мышечных уплотнений (миофасциальные триггерные пункты – МТП). МТП представляет собой локальное уплотнение мышцы, которое может иметь различные размеры, конфигурацию, протяженность, консистенцию. Различают латентный триггерный пункт – участок уплотнения мышцы, при котором отсутствует спонтанная боль, симптом «прыжка» при пальпации. Под активным триггерным пунктом понимают участок уплотнения мышцы, который характеризуется спонтанной и отраженной болезненностью, локальным судорожным ответом, изменением координационных соотношений в виде активации синергической деятельности и нарушении реципрокных отношений [7, 8].

Для МФБСЛ характерно наличие отличительных особенностей в клинической картине [9].

Боль при МФБСЛ является постоянной, монотонной и носит ноющий, сжимающий, тянущий, ломящий, распирающий характер. Локализуется в околоушно-жевательной, височной, лобной, заушной областях и иррадирует в различные отделы головы, лица, в орбиту, в полость рта, в зубы, в ухо, в шею. Уровень болей, переносимых больными, варьируется от умеренной, раздражающей до истощающей. У всех пациентов интенсивность боли увеличивается при жевании. У некоторых пациентов отмечается приступообразное усиление боли, когда на фоне тупой, монотонной боли возникает интенсивная боль стягивающего, сжимающего, стискивающего характера. Продолжительность приступа, в среднем, составляет 20-30 минут, а частота – до 3-4 раз в неделю. У многих пациентов боль усугубляется ночью. Максимально комфортным является положение на боку, на поражённой стороне, прижав щеку [9].

Одним из облигатных проявлений МФБСЛ, наряду с болью, является ограничение подвижности нижней челю-

сти, щелкающие звуки в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) при движениях нижней челюстью [9].

Сопровождающими симптомами являются эмоциональные расстройства (чувство тревоги, страха, ощущение безысходности, раздражительности), нарушения сна (сложность засыпания, прерывистый, беспокойный сон, частые пробуждения, тревожные сновидения) [9].

Выделяют предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы, необходимые для формирования МФБСЛ [10].

К предрасполагающим факторам, прежде всего, относятся явления избыточной активности и повышенной утомляемости жевательных и мимических мышц. Как правило, это пациенты с бруксизмом, которые сжимают зубы в течение дня бесчисленное количество раз, а также «скрипят» или «стискивают» зубы ночью, во время сна. Из-за избыточной нагрузки и утомляемости жевательных мышц пациенты с бруксизмом часто ощущают скованность в мышцах лица по утрам, ограничение открывания рта; пациенты с оромандибулярной дистонией в форме дистонического тризма. Как известно, при дистоническом тризме отмечаются непроизвольные движения жевательных мышц, в результате чего мышцы также находятся в избыточном напряжении [10].

Среди провоцирующих факторов отчетливо выявлены предшествующие стоматологические манипуляции с воздействием на нервные окончания и сопровождающиеся длительным пребыванием с широко открытым ртом [10].

К поддерживающим патологический процесс факторам относятся вторичные изменения в ВНЧС и мышцах лица, усугубление психовегетативного синдрома [10].

При объективном исследовании пациентов с МФБСЛ особое внимание отводится пальпации жевательных мышц (снаружи и через ротовую полость), а также исследованию мимических и перикраниальных мышц. Пальпацию необходимо проводить как на стороне локализации боли, так и на здоровой стороне [10].

Необходимо отметить, что жевательные мышцы делятся на две группы:

1. Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть (височная, жевательная, медиальная и латеральная крыловидные мышцы) (рис. 1, 2) [9, 11].

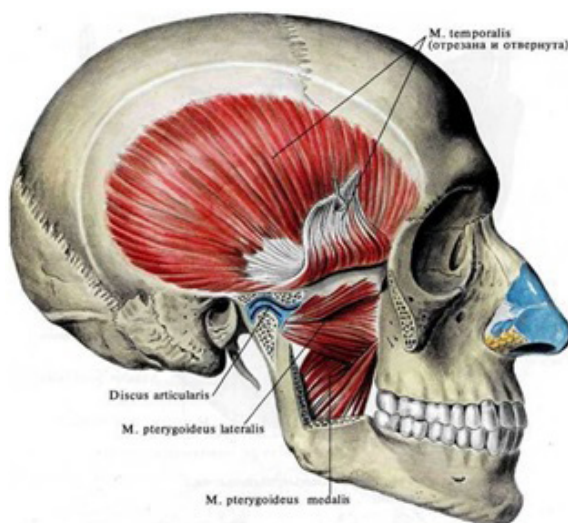


Рисунок 1. Височная (m. temporalis), медиальная (m. pterygoideus medialis), и латеральная (m. pterygoideus lateralis) крыловидные мышцы.

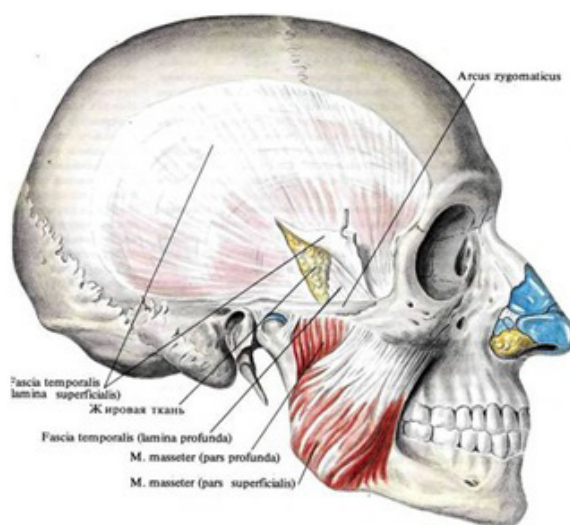


Рисунок 2. Жевательная мышца (m. masseter).

2. Мышцы, опускающие нижнюю челюсть (челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная и дву-

брюшная мышцы) (рис. 3) [9].

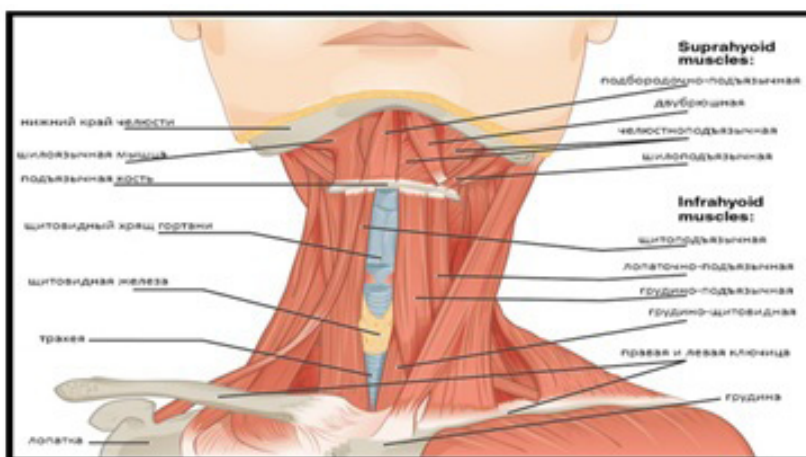


Рис. 3. Челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная и двубрюшная мышцы

При исследовании выявляются болезненные участки спазмированной мышцы или болезненные мышечные уплотнения (БМУ). Именно эти БМУ обозначаются, как триггерная точка (ТТ) или миофасциальный триггерный пункт (МТП). Каждый МТП имеет свой болевой паттерн, т.е. характерную зону распространения отраженных болей, повышенную болевую чувствительность при давлении на уплотненную точку или зону. При пальпации мышц на стороне боли характерно наличие плотной консистенции и напряжения мышц, особенно жевательных и мимических, а также выраженной болезненности. В этих мышцах пальпируются множество активных МТП, раздражение которых воспроизводит боли, на которые жалуются пациенты с МФБСЛ. Характерной особенностью является то, что пальпация мышц, опускающих нижнюю челюсть (челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная и двубрюшная мышцы), менее болезненна [10].

Часто у пациентов с МФБСЛ отмечается ограничение открывания рта, хруст и щелканье в ВНЧС, симптом S-образного движения нижней челюсти. Обнаруживаются изменения в Rg-ческой картине ВНЧС в виде хронического вывиха головки нижней челюсти с подвывихом суставного диска либо вторичного остеоартроза. Данный комплекс симптомов, характерный для дисфункции ВНЧС как анатомо-функционального понятия, не является облигатным. Это свидетельствует о том, что болевой феномен у больных с МФБСЛ обусловлен, главным образом, поражением жевательных мышц, а вовлеченность сустава является вторичной. Исходя из этого, выделяют 2 клинические формы МФБСЛ: с дисфункцией ВНЧС и без признаков дисфункции сустава, что имеет значение в терапевтических подходах. [10].

МФБСЛ необходимо дифференцировать с другими видами прозопагий и, в первую очередь, с НТН.

Приводим клинический случай, имевший место в неврологическом отделении клиники РостГМУ.

Больная О., 54 года, поступила в неврологическое отделение клиники РостГМУ с жалобами на интенсивные постоянные боли распирающего характера в области верхней челюсти справа с иррадиацией вправый глаз, в правую височную область, в правое ухо, в верхнюю губу, незначительно в нижнюю губу справа; раздражительность, нарушение сна.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 2012 г. Среди провоцирующих факторов выявлены предшествующие стоматологические манипуляции, сопровождающиеся длительным пребыванием с широко открытым ртом. В начале заболевания боль носила непостоянный характер, интенсивность ее могла изменяться в течение дня. Впоследствии боли становились ежедневными, постоянными, изнуряющими. Боли усиливались при жевании, в ночное время. Пациентка изначально обратилась к стоматологу. Были удалены два здоровых зуба. С иррадиацией болей в ухо больная обращалась к отоларингологам. Патологии ЛОР-органов при этом не обнаруживалось. Неоднократно обращалась к неврологам. Была диагностирована невралгия тройничного нерва локализацией боли в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва справа. Проходила курсы амбулаторного лечения без значительного положительного эффекта.

Анамнез жизни

Росла и развивалась согласно возрасту и полу. Заболевания детства не помнит. Травм, оперативных вмешательств, гемотрансфузий не было. Образование среднее специальное. В настоящий момент не работает. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Вредные привычки отрицает.

Фармакологический анамнез

На момент поступления пациентка принимала Финлепсинретард 200 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

Аллергологический, наследственный анамнез не отягощён.

Гинекологический анамнез: М- с 14 лет, Б-5, Р-2, Аб-3, Мнп-с 50 лет.

Соматический статус

Общее состояние больной – удовлетворительное, телосложение гиперстеническое (рост – 168 см, масса тела – 82 кг), состояние питания – удовлетворительное.

Кожа и видимые слизистые оболочки: кожные покровы обычной окраски, чистые; видимые слизистые бледно-розовые, влажные; язык розовый, влажный; доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены, мягко-эластической консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена; Т тела=36,6°С.

Костно-суставная система: целостность костей не нарушена, болезненность при пальпации и перкуссии отсутствует, суставы внешне не изменены, подвижность позвоночника и суставов в полном объёме, мышечная система развита удовлетворительно, пальпация мышц

безболезненна, мышечный тонус не изменён, гипотрофий нет.

Дыхательная система: грудная клетка правильной формы, симметричная, дыхание самостоятельное без участия вспомогательной мускулатуры, тип дыхания – грудной; над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет; перкуторно определяется ясный легочный звук. ЧДД=17'.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ритмичные, ЧСС=72', Ps=72' ритмичный; при перкуссии границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от левого края грудины и на 0,5 см вправо от правого края; АД_д=130/80 мм.рт.ст., АД_с=130/80 мм.рт.ст.

Пищеварительная система: живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания; живот при пальпации мягкий безболезненный, печень у края рёберной дуги, при перкуссии живота определяется тимпанический звук, перистальтика выслушивается; стул самостоятельный, регулярный, оформленный, коричневого цвета.

Мочевыделительная система: почки не пальпируются, с. «поколачивания» по поясничной области отрицателен с обеих сторон, мочеиспускание самостоятельное, регулярное, диурез адекватный, периферических отёков нет.

Неврологический статус

Уровень сознания – ясное, контактна, адекватна, ориентирована в пространстве, времени и собственной личности; моторная, сенсорная, амнестическая афазия, дизартрия не выявлены; гипосмия, anosmia не выявлена с двух сторон; глазные щели D=S, зрачки D=S правильной формы, фотореакция прямая и содружественная сохранена, нистагма, страбизма, пареза взора (глазодвижение в полном объёме) нет; при проверке контрольным методом сужения полей зрения выявить не удалось, корневые рефлексы сохранены с двух сторон, мимическая мускулатура симметрична, гипоакузия, гиперакузия контрольным методом не выявлена с обеих сторон, девиации языка нет, его атрофий и фибриллярных подёргиваний нет, гипогевзия, агевзия, паравевзия не выявлены с двух сторон, глоточные рефлексы живые D=S, глотание не нарушено; мягкое нёбо симметрично, экскурсия достаточная, фонация не нарушена, отрицательные с. орального автоматизма (хоботковый, Маринеску-Радовичи с двух сторон), контуры и функция грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц не нарушены с обеих сторон; сухожильные и периостальные рефлексы оживлены без расширения рефлексогенных зон D=S, объём движений в конечностях с двух сторон полный, сила и темп в проксимальных и дистальных отделах верхней и нижней конечностей справа – 5 баллов, в проксимальных и дистальных отделах верхней и нижней конечностей слева – 5 баллов, походка не изменена, брюшные рефлексы сохранены с двух сторон, мышечный тонус в конечностях с двух сторон не изменён; в позе Ромберга шаткость без определённой сторонности, ПНП и КПП выполняет точно D=S, убедительных нарушений поверхностной, глубокой и сложных видов чувствительности не выявлено, на момент осмотра менингеальных симптомов и эпилептикоподобных нет; пальпация остистых отростков и в паравerteбральных точках шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника безболезненна, мышечно-тонического синдрома нет, с. натяжения отрицательны, функции тазовых органов не нарушены.

При объективном исследовании особое внимание обращала на себя пальпация жевательных мышц (снаружи и через ротовую полость), определяющая наличие плотной консистенции, напряжения, выраженной болезненности мышц, а именно в собственно жевательной, височной, в медиальной и латеральной крыловидных мышцах справа, в которых пальпировалось множество активных МТП, раздражение которых воспроизводило боли, на которые жаловалась пациентка. Боль иррадиировала в верхнюю, нижнюю челюсти, в глазницу, в ухо, в область ВНЧС справа. Пальпация мышц, опускающих нижнюю челюсть, а именно челюстно-подъязычной, двубрюшной мышц, была менее болезненна. Кроме того, при движениях нижней челюсти возникал хруст в ВНЧС справа.

Интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале составила 10 баллов.

Сумма баллов по шкале Гамильтона для оценки депрессии составила 18 баллов, что является показателем умеренной депрессии.

Сумма баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии Зигмунда составила 16 баллов, что указывает на клинически значимые проявления тревоги и депрессии.

Сумма баллов по опроснику DN4 составила 3 балла, что указывает на боли соматического происхождения.

В общем анализе крови, биохимическом анализе крови, коагулограмме, общем анализе мочи без отклонений. ЭКГ без патологии. Компьютерная томография (КТ) головного мозга: органические изменения головного мозга, костей основания черепа и свода черепа отсутствуют. КТ костей лицевого черепа и височно-нижнечелюстных суставов: КТ-признаки нестабильности височно-нижнечелюстных суставов, деформации *canalis pterygoideus* справа, кисты правой верхне-челюстной пазухи, искривления перегородки носа.

Пациентке была проведена диагностическая блокада двигательных ветвей тройничного нерва у подвисочного гребня по способу Егорова, которая снимает мышечный спазм, вследствие чего прекращается боль. Положительный эффект длился до 6 часов.

На основании жалоб больной, анамнеза заболевания, данных клинико-неврологического обследования, КТ головного мозга, КТ костей лицевого черепа и височно-нижнечелюстных суставов, положительного эффекта от диагностической блокады, диагностирована вторичная лицевая боль; миофасциальный болевой синдром лица.

Больной проведена комплексная терапия, включающая постизометрическую релаксацию жевательных мышц, назначение антидепрессанта из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. Кроме того, даны рекомендации по наблюдению за реакцией жевательных мышц в момент эмоционального напряжения, сознательно расслаблять мышцы лица, опускать нижнюю челюсть и фиксировать на этом внимание, этим самым, воздействуя на давний двигательный стереотип «стискивать» зубы при волнении. Дальнейшее лечение и коррекция зубочелюстной системы (оценка состояния прикуса, целостности зубного ряда) включает совместное наблюдение невролога и стоматолога.

Таким образом, клиническая картина миофасциального болевого синдрома лица имитировала НТН. В основе МФБСЛ лежит напряжение и болезненный спазм жевательных мышц, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть, с формированием в них болезненных мышечных уплотнений (миофасциальных триггерных пунктов), раздражение которых вызывает боли, на которые жалуются пациенты с МФБСЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балязина Е.В. Особенности нейроваскулярного конфликта, предрасполагающие к развитию невралгического статуса // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 278.
2. Мурзалиев А.М. Клиническая неврология. Учебное пособие. Бишкек 2008. -151с.
3. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практ. врача. – 8-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – С. 580.
4. Гречко В. Е., Степанченко А. В., Шаров М. Н. К вопросу о патогенезе истинной трigemинальной невралгии // Неврологический вестник: Журнал им. В. М. Бехтерева. 2001. Т. XXX III, вып. 1 / 2. С. 56–59.
5. Лузин М.Н. Лицевая боль. Москва. 1992. – 305 с.
6. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практ. врача. – 8-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – С. 72 - 73.
7. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. Казань: Изд-во Казанского ун-та. 1990; с. 18-24.
8. Тревелл Дж. Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли // Медицина. 1989; т. 1: с. 225.
9. Орлова О.Р., Мингазова Л.Р., Вейн А.М. Миофасциальный болевой синдром лица: новые аспекты клиники, патогенеза и лечения. // Новое в стоматологии. – 2003 г. - № 1. – С. 1 – 5.
10. Орлова О.Р., Мингазова Л.Р., Вейн А.М. Миофасциальный болевой синдром лица: клиника, диагностика и лечение с применением ботулинического токсина типа А (Лантокс®). // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. – 2010 г. - № 1. – С. 36 – 40.
11. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека: Учеб. Пособие. – 2-е изд., стереотипное. – В 4 томах. Т. 1. – М.: Медицина, 1996. – 344 с.: ил. – (Учеб.лит. для студ. мед. вузов). – ISBN 5-225-02721-0.

ПОСТУПИЛА: 21.04.2016