



<https://doi.org/10.34883/PI.2022.12.4.039>
УДК [616.74-009.7]-08-031.84



Лихачев С.А., Миронов С.А.✉

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Лечебно-диагностическая последовательность с применением акупрессуры и АПП-терапии для купирования миофасциальной лицевой боли. Клинический случай

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование – Лихачев С.А.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Миронов С.А.

Подана: 30.11.2022

Принята: 19.12.2022

Контакты: crafte@tut.by

Резюме

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) – один из самых частых видов соматогенной боли. Опираясь на анамнез, жалобы и неврологический осмотр, зачастую сложно дифференцировать данный вид боли и схожую боль, которая сопровождается другими заболеваниями. Основной отличительной чертой МФБС является наличие триггерных точек, раздражая которые мы вызываем воспроизведение знакомой пациенту боли. МФБС возникает не только в крупных мышцах человека, таких как мышцы туловища, верхних и нижних конечностей, но и в небольших мышцах, таких как мышцы лица, кистей, стоп и др. Формирование триггерных точек в мышцах лица приводит к возникновению выраженных головных и лицевых болей, которые не реагируют на классические методы лечения. В статье авторы представили клинический случай миофасциальной лицевой боли, результаты лечения и наблюдения за данной пациенткой.

Ключевые слова: миофасциальная боль, лицевая боль, триггерная точка, АПП-терапия

Sergey A. Likhachev, Sergey A. Mironov✉

Republican Research and Clinical Center of Neurology and Neurosurgery, Minsk, Belarus

Therapeutic and Diagnostic Sequence Using Acupressure and APP Therapy for the Relief of Myofascial Facial Pain. Case Report

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, editing – Sergey A. Likhachev; concept and design of the study, collection of material, processing, writing the text – Sergey A. Mironov.

Submitted: 30.11.2022

Accepted: 19.12.2022

Contacts: crafte@tut.by

Abstract

Myofascial pain syndrome (MFPS) is one of the most common types of somatogenic pain. Based on the anamnesis, complaints and neurological examination, it is often difficult to differentiate this type of pain from similar pain that accompanies other diseases. The main distinguishing feature of MFPS is the presence of trigger points, irritating which we cause the reproduction of pain familiar to the patient. MFPS occurs not only in large human muscles, such as the muscles of the trunk, upper and lower extremities, but also in small muscles, such as the muscles of the face, hands, feet, etc. The formation of trigger points in the muscles of the face leads to severe headaches and facial pains that do not respond to classical methods of treatment. In the article, the authors presented a clinical case of myofascial facial pain, the results of treatment and observation of this patient.

Keywords: myofascial pain, facial pain, trigger point, APP therapy

■ ВВЕДЕНИЕ

Из курса анатомии известно, что в теле человека около 850 мышц. Эти мышцы представлены 3 типами мышечной ткани: поперечнополосатой, гладкой, поперечнополосатой сердечной.

Авторам наиболее интересна поперечнополосатая мускулатура, так как эта мускулатура связана с активным движением человека и контролируется им. Именно эта особенность является местом приложения множества экзогенных и эндогенных факторов, которые формируют миофасциальный болевой синдром (МФБС).

В работе с пациентами наиболее часто встречаются МФБС, связанные с мышцами туловища или конечностей, но нельзя забывать и редкие, такие как боли в лице. Данный вид боли наиболее часто относят к диагнозу «миофасциальная лицевая боль».

Термин «миофасциальная лицевая боль» (МЛБ) применяется для обозначения острой или хронической боли в лице, отвечающей международным диагностическим критериям, предложенным Д. Тревелл и Д. Симонсом (1989 г.).

Встречая пациента, который жалуется на боли в лице, прежде чем установить МФБС, врачу необходимо исключить другие причины данной патологии. Далее представлены основные причины лицевой боли [1, 2]:



- 1) тригеминальная вегетативная цефалгия, в том числе «нижний» вариант кластерной головной боли; пароксизмальная гемикрания, гемикрания континуа, односторонние невралгические приступы головной боли (SUNCT-синдром);
- 2) классическая тригеминальная невралгия;
- 3) атипичные формы тригеминальной невралгии: с фоновой болью, с предшествующей (продромальной) болью;
- 4) болевая посттравматическая тригеминальная невропатия;
- 5) персистирующая идиопатическая лицевая боль;
- 6) формы мигрени с иррадиацией боли в область глаза и лица.

Учитывая тематику исследования, авторам интересен именно МФБС лица и шеи.

Данный вид боли характеризуется наличием стойких триггерных точек (ТТ) в мышцах, воздействие на которые изменяет характер местной и отдаленной боли. Зачастую зоны отраженной боли не меняют свою локализацию, однако интенсивность боли изменчива. Боль купируется инактивацией ТТ. Также она реагирует на воздействие провоцирующих факторов (травма, переохлаждение, иммобилизация, длительное выполнение стереотипных движений и др.). Кроме того, пациенты с МФБС лица и шеи часто жалуются на шум в ушах, чувство заложенности, парестезии в области лица и зубов, зрительные расстройства, дермографизм [3].

При работе с пациентами с МФБС авторы применяют разработанную ими лечебно-диагностическую последовательность, включающую 5 этапов [4]:

1. Определение тактильных ориентиров.
2. Формирование миогеლოзных цепей.
3. Составление карты боли.
4. Определение геометрии боли.
5. Оценка картины боли [4].

Данная последовательность в полном объеме применима и к акупрессуре, и к аппаратно-пунктурной противоболевой терапии (АПП-терапия) при лечении МФБС больших мышц (мышцы спины, нижних конечностей и др.), однако она может быть сокращена до 3 этапов для работы с ТТ, расположенными в опасных зонах (лицо, верхние конечности и др.).

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Описать вариант комбинации акупрессуры и АПП-терапии в лечении сложного МФБС.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье описаны клинический случай хронической атипичной лицевой боли у пациентки, диагностика миофасциального генеза боли и лечебный подход.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка С., 34 года, находилась на амбулаторном лечении в РНПЦ неврологии и нейрохирургии с диагнозом «миофасциальная лицевая боль слева». Пациентка предъявляла жалобы на постоянные ноющие, давящие, режущие боли в области лба, висков, щек, ушей, шеи слева. Болевой синдром беспокоил пациентку и днем, и ночью, ограничивая ее социально-бытовую активность, нарушая сон. В связи

с наличием данного болевого синдрома пациентка отмечала отсутствие нормально-го сна в течение последних двух лет.

Анамнез: боли беспокоят с 2020 г. Стоит отметить, что до 2020 г. пациентка наблюдалась у онколога по поводу гормонпродуцирующей макроаденомы гипофиза. Пациентка прошла поэтапное комбинированное лечение, где первым этапом было хирургическое субтотальное удаление опухоли, которое было проведено в клинике США. После успешной операции пациентка была проинформирована о том, что один из участков опухоли располагался в неоперабельной зоне, рядом с проходящей артерией. Поэтому вторым этапом в лечении стало проведение лучевой терапии (гамма-нож), вскоре после которой пациентка стала отмечать появление данных болей. Она проходила дополнительное обследование для уточнения наличия органического генеза боли, при этом органической причины обнаружено не было. За два года пациентка прошла множество курсов лечения – как медикаментозного, так и физиотерапевтического, что не принесло ей желаемого эффекта. В связи с наличием стойкого болевого синдрома пациентка была направлена на консультацию в РНПЦ неврологии и нейрохирургии. Диагноз при направлении: тревожное расстройство. Макроаденома гипофиза, соматотропинпролактинсекретирующая, с супра-латеро-селлярным ростом Кносп 4 (Д43). Состояние после оперативного лечения – транс-сфеноидальное субтотальное удаление в 2019 г., гамма-нож в 2020 г. Резидуальный фрагмент. Сохраняющаяся активность. До этого пациентке выставлялся диагноз: головная боль напряжения с дисфункцией перикраниальных мышц. Астеноневротический синдром. После проведенного осмотра ей было предложено пройти лечебно-диагностический сеанс акупрессуры для исключения миофасциального генеза боли и определения дальнейшей тактики лечения. На момент осмотра пациентка около полугода принимала венлафаксин 75 мг по 1 капсуле 2 раза в день.

Неврологический статус: в сознании, ориентирована в полном объеме, адекватна, астенизирована. Зрачки равновеликие, движения глаз в полном объеме, спонтанного нистагма нет. Носогубные складки симметричны. На лице гримаса боли. Язык по средней линии. Тонус в конечностях не повышен. Сила в руках и ногах 5 баллов. Сухожильно-периостальные рефлексы равновеликие, оживлены. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Определяется зона гиперестезии в области мышц левой половины лица, при этом точки выхода тройничного нерва интактны. Менингеальных знаков, симптомов корешкового натяжения нет. Отмечается дефанс мышц шеи и надплечья слева, больше трапецевидная мышца и мышца, поднимающая лопатку. Кроме этого, были обнаружены ТТ в грудино-ключично-сосцевидной мышце слева. При жевании и повороте головы отмечается нерезкое усиление болей. Стимуляция триггерных точек в височной, жевательной мышцах, мышцах надбровной области вызывает усиление боли.

Мануальное тестирование: во время проведения тестирования пациентка находилась в вертикальном положении. Пальпировались мышцы лица, шеи, надплечий. При пальпации были обнаружены ТТ в левой половине лица: мышце, сморщивающей бровь, затылочно-лобной мышце, височной мышце, жевательной мышце, мышцах шеи и надплечья слева.

В области шеи и надплечья была проведена лечебно-диагностическая последовательность с применением акупрессуры. Для работы с данной областью был



выбран треугольник мышечной боли (ТМБ): располагался в области шеи и надплечья слева. Вершинами ТМБ являлись краниовертебральный переход, остистый отросток позвонка С7, ключично-акромиальное сочленение (рис. 1).

Учитывая, что область лица хорошо иннервирована и обильно кровоснабжается, применение АПП-терапии в этой области опасно, поэтому было принято решение воздействовать на область лица при помощи акупрессуры, используя три первых этапа лечебно-диагностической последовательности. Воздействие производилось в обозначенных зонах (рис. 2).

В исследованных мышцах, расположенных в левой половине лица и описанном ТМБ, при пальпации выявлялись болезненные мышечные тяжи с определяемыми в них триггерными точками. При компрессии ТТ в мышцах вызывалось локальное усиление болевого синдрома, появление парестезий, вегетативной реакции. Боль в пояснице при движениях по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) 8 баллов. Ранговый индекс боли по опроснику боли Мак-Гилл 28 баллов.

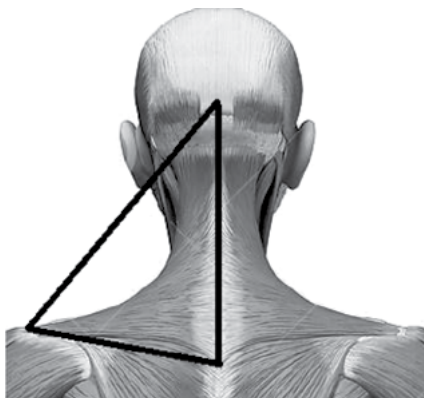


Рис. 1. ТМБ, применяемый авторами для лечения МЛБ

Fig. 1. Muscle pain triangle used by the authors to treat myofascial facial pain

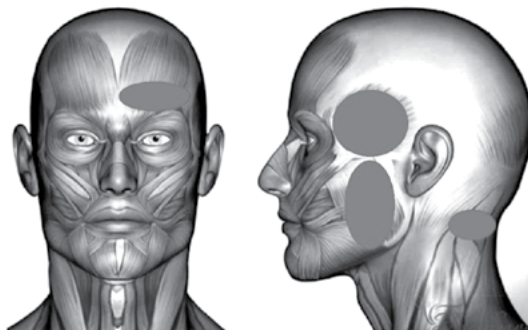


Рис. 2. Зоны воздействия на ТТ

Fig. 2. Areas of influence on trigger points

При проведении лечебно-диагностического сеанса акупрессуры в мышцах лица было выявлено 20 ТТ, в мышцах шеи и левого надплечья – 20 ТТ. Было произведено мануальное воздействие на 40 ТТ. При оценке состояния через 10 минут после процедуры пациентка отмечала усиление знакомого ей болевого синдрома, что патогномонично для миофасциального болевого синдрома.

Перед началом второго сеанса пациентка отмечала, что боли в лице не изменились, но при этом несколько уменьшились боли в шее и надплечье слева.

Второй сеанс лечения проводился в два этапа:

- 1) воздействие в области лица производилось при помощи акупрессуры;
- 2) в области шеи и надплечья применялась АПП-терапия в ТМБ, описанном выше.

Всего было произведено мануальное воздействие на 20 ТТ в области лица, произведено 30 пункций в области шеи и левого надплечья (наибольшее количество ТТ было обнаружено в трапецевидной мышце). Израсходовано 0,1 мл мидокалма. При оценке состояния через 10 минут после процедуры пациентка отмечала усиление боли в области лица, локальную гиперемию, но в зоне проведения АПП-терапии боль отсутствовала (ЦРШ 0 баллов), улучшилась подвижность в шейном отделе позвоночника. Ранговый индекс боли по опроснику боли Мак-Гилл 28 баллов.

Перед началом третьего сеанса пациентка отмечала, что боли в надплечьях и шее ее не беспокоили, но сохранялись боли в области лица, при этом пациентка заметила, что приступы боли стали реже, как в ночное, так и в дневное время. Также уменьшилось количество принимаемых обезболивающих препаратов. На данном сеансе воздействие было только на область лица, при этом пациентка отметила ощутимое снижение болевой реакции на раздражение ТТ. При оценке состояния через 10 минут после процедуры пациентка не отмечала болезненности в области воздействия, боль, отдающую в область наружного слухового прохода (ЦРШ 1–2 балла).

Всего за курс лечения проведены 5 сеансов акупрессуры ежедневно и 1 сеанс АПП-терапии, болевой синдром купировался, нормализовался сон. Затем пациентке проводились контрольные манипуляции с промежутком 1 день в течение недели, затем с промежутком в 2 дня в течение недели, после курс лечения был завершен. В течение этих 2 недель пациентка постепенно отменяла венлафаксин в связи с его предыдущей неэффективностью.

Примерно через неделю от пройденного курса лечения и отмены препарата у пациентки случился рецидив боли, при осмотре пациентки и проведении мануального мышечного тестирования не обнаружено появления новых ТТ в исследуемых мышцах. Вследствие этого было принято решение добавить к лечению amitriptilin 25 мг по ½ таблетки 2 раза в день. После назначения данного препарата пациентка отметила полное купирование болевого синдрома. На момент написания статьи безболевого период составляет более 1 месяца.

Таким образом, сочетанное применение акупрессуры и АПП-терапии с локальным введением инъекционной формы толперизона (мидокалм) на смежных областях боли показало свою противоболевую эффективность относительно миофасциальной лицевой боли.



■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм является универсальным для обнаружения и инактивации ТТ практически во всех группах мышц. К большим группам мышц, таким как мышцы спины и ног, данный алгоритм применим в полном объеме, как для акупрессуры, так и для АПП-терапии. К группам мышц, расположенным в опасных зонах, таких как лицо и верхние конечности, алгоритм также применим, но в сокращенном варианте и только для акупрессуры. Комбинация АПП-терапии и акупрессуры в разрешенных зонах показала свою эффективность в купировании МЛБ.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Parkhomenko E.V., Nartov S.E., Karpov D.Yu. Persistent idiopathic facial pain: a difficult path to a difficult diagnosis. *RMJ*. 2017;24:1738–1744.
2. Benoliel R., Birman N., Eliav E. The International Classification of Headache Disorders: Accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia*. 2008;28:752–762. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01586
3. Fergyson L.U., Gervin R. *Treatment of myofascial pain. Clinical Guide*. M.: MEDpress-inform. 2000; 544 p. (in Russian)
4. Likhachev S.A., Mironov S.A. Therapeutic and diagnostic sequence for myofascial pain syndrome. *Peer-reviewed collection of scientific papers "Topical Issues of Neurology and Neurosurgery"*. 2021;24:130–141. (in Russian)
5. Likhachev S., Mironov S., Murzo E. Treatment of Myofascial Pain Syndrome with the Help of Semi-Automatic Analgesic Device "PPA-01". *Neurology and Neurosurgery Eastern Europe*. 2021;11(2):145–55. (in Russian)