

большинстве случаев (80–90%) сопровождается эмоциональными нарушениями и напряжением мышц верхнего плечевого пояса [1, 2]. Поэтому при тщательном сборе анамнеза и тестировании перикраниальных мышц и мышц шеи удается выявить локальные мышечные гипертонусы и миофасциальные триггерные точки, пальпация которых полностью воспроизводит болевой паттерн пациента и (или) изменяет степень заложенности уха и характеристики ушного шума [7–9].

Миофасциальная триггерная точка (ТТ) представляет собой гиперраздражимый участок уплотнения мышечной ткани и (или) ее фасции. При пальпации эта точка болезненна и может отражать боль в различные участки тела. Также следует отметить, что миофасциальная ТТ может иметь и неболевые проявления. Например, для неболевых феноменов, связанных с шейными ТТ характерны шум в ушах, ощущение заложенности в ушах, головокружение [10].

Цель работы:

– изучить особенности диагностики и лечения оталгии и тиннитуса, встречающиеся в клинике ЛОР-болезней и их возможную связь с миофасциальными триггерными точками.

– оценить роль триггерных точек в происхождении оталгии и тиннитуса и возможности лечения этих явлений методами мануальной терапии.

Пациенты и методы исследования. В условиях НИКИО им. Л. И. Свержевского нами было обследовано 219 пациентов, которые предъявляли жалобы на боли и (или) ощущение заложенности в ухе и (или) субъективный ушной шум.

При обследовании особое внимание уделялось детализации анамнеза и подробному описанию характера, локализации и иррадиации боли, длительности болевого синдрома и сроках появления заложенности в ушах и (или) субъективного ушного шума. Всем пациентам проводилось стандартный ЛОР-осмотр (отоскопия с использованием увеличительной техники, передняя риноскопия, эндоскопический осмотр носоглотки, фарингоскопия), комплекс аудиологического исследования (тонально-пороговая аудиометрия в стандартном и расширенном диапазоне частот, импедансометрия, определение латерализации и порогов УЗВ, шумометрия). Неврологический осмотр включал: пальпаторное исследование мышц шеи, надплечий, жевательной мускулатуры, височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). По показаниям проводили рентгенографию шейного отдела позвоночника и (или) магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Результаты исследования. В 83% случаев (182 человека) постановка диагноза не вызвала затруднений в связи с характерными жалобами, данными анамнеза или изменениями со стороны ЛОР-органов: острый и хронический средний

отит, наружный отит, острая и хроническая нейросенсорная тугоухость, дисфункция слуховой трубы, болезнь Меньера, отосклероз, невринома слухового нерва и др. В 17% случаев (37 человек), по данным осмотра и аудиологического исследования, патологии со стороны ЛОР-органов выявлено не было. Только после прицельного исследования мышечной системы удалось определить связь болевого синдрома, ощущения заложенности в ушах и субъективного ушного шума с пальпируемыми ТТ в мышцах шеи и жевательной мускулатуры. Из них:

– 27 (72%) пациентов предъявляли жалобы на боли в ухе;

– 7 (19%) пациентов предъявляли жалобы на шум в ухе;

– 14 (38 %) пациентов предъявляли жалобы на заложенность в ухе.

Около 30% пациентов имели по несколько указанных жалоб в различных сочетаниях. Важно отметить, что из 37 пациентов без ЛОР-патологии, но с миофасциальным синдромом были осмотрены в течение первого месяца от начала заболевания лишь 22% (8 человек), 16% (6 человек) имели анамнез заболевания длительностью от 1 до 3 месяцев, остальные 62% (23 человека) составили больные с многолетней историей заболевания.

Всем пациентам провели комплексное лечение, включающее прием миорелаксантов, ноотропов, НПВС (системные и местные), курс мягкотканевых техник мануальной терапии.

В случаях ранних обращений (22%, 8 человек) назначение корректной медикаментозной терапии и изменение образа жизни (в частности, характера физических нагрузок) позволило достигнуть стойкого положительного результата в виде регресса болевого синдрома, снижения интенсивности субъективного ушного шума или его исчезновения в течение первых двух недель лечения.

В случае более поздних обращений (78%, 29 человек) потребовалось назначение длительной психотропной терапии с привлечением врача-психотерапевта, а также врачей стоматологическо-лицевых хирургов, более длительный курс мануальной терапии, физиотерапевтическое лечение. Исчезновение шума наблюдалось лишь у 1 человека (14%), в 2 случаях (29%) шум уменьшился по интенсивности, у остальных 4 человек (57%) – не изменился, однако пациенты отметили его более легкую переносимость. Ощущение заложенности в ушах регрессировало у 5 пациентов (36%), у 9 пациентов (54%) приобрело непостоянный характер. Полного регресса болевого синдрома удалось добиться у 7 человек (26%), остальные пациенты находятся в процессе лечения.

Обсуждение. Давно известно, что восприятие боли, ее осознание, переживание, как и отражение в поведении человека, имеют в своей основе