

# Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань нервової системи», присвяченої 110-річчю заснування кафедри неврології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (Київ, 19—20 вересня 2013 року)

О. Г. МОРОЗОВА, О. А. ЯРОШЕВСЬКИЙ, Я. В. ЛИПІНСЬКА  
Харківська медична академія післядипломної освіти

## Вегетативна дисфункція при міофасціальних больових синдромах шийно-плечової локалізації: особливості формування та перебігу

**Мета роботи** — виявити та систематизувати вегетативні розлади при міофасціальній дисфункції шийно-плечової локалізації на підставі вивчення взаємозв'язку їх клініко-неврологічних особливостей з біомеханічними порушеннями м'язово-скелетної системи.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням перебували 102 пацієнти (59 жінок та 43 чоловіки) віком від 18 до 40 років, які страждали на міофасціальну дисфункцію шийно-плечової локалізації та мали порушення діяльності вегетативної нервової системи. Застосовували клініко-неврологічний та вертеброневрологічний методи. Вивчали больовий та м'язово-тонічний синдроми. Проводили оцінку функцій вегетативної нервової системи, а також дослідження психоемоційного статусу. Контрольну групу становили 25 практично здорових осіб відповідного віку та статі.

**Результати.** Виявлено два типи перебігу вегетативної дисфункції (перманентний (37,2%) та пароксизмальний (62,8%)) залежно від вираженості вегетативних, емоційних, больових та м'язово-тонічних розладів, які поєднувалися з біомеханічними порушеннями статури. Вираженість об'єктивних та суб'єктивних виявів за опитувальником вегетативних функцій А. М. Вейна (1998) при перманентному типі перебігу становила  $(31,7 \pm 4,1)$  та  $(22,9 \pm 3,2)$  бала відповідно ( $p < 0,01$ ), при пароксизмальному —  $(42,1 \pm 6,2)$  та  $(33,1 \pm 4,2)$  бала ( $p < 0,01$ ). Для пароксизмального типу перебігу характерні значніші порушення вегетативного тону, вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення діяльності м'язів.

Емоційні порушення характеризувалися більш вираженою тривожністю при пароксизмальному типі, а також астеною та середнім ступенем депресії.

У пацієнтів обох груп мали місце патологічні біомеханічні зміни та порушення статодинамічного стереотипу. Оцінка регіонарного постурального балансу м'язів виявила укорочення коротких м'язів голови (86,2%), драбинчастих м'язів (56,9%) і 12 (40%), груднинно-ключично-соскоподібних (52,5%) і 13 (43,3%), верхньої та середньої порцій трапецієподібного м'яза (69,3%), м'язів, які піднімають лопатку (82,1%), ромбоподібних м'язів (34,6%).

Больовий синдром мав ноцицептивний характер та вищий рівень інтенсивності за візуально-аналоговою шкалою ( $(78,3 \pm 8,4)$  мм) та шкалою Мак-Гілла ( $\Sigma NWC = 19 \pm 1,5$ ;  $\Sigma PRI = 33,98 \pm 2,3$ ) у пацієнтів з пароксизмальним типом перебігу вегетативної дисфункції.

М'язово-тонічний синдром, окрім вираженості (при перманентному типі відповідав 1—2 ступеню, при пароксизмальному — 2—3 ступеню вираженості), характеризувався наявністю переважно активних та латентних тригерних точок у наступних м'язах шийно-плечового регіону. При пароксизмальному типі кількість тригерних точок була більшою, а їхня активність — вищою. У разі локалізації тригерних точок у перікраніальних м'язах та іригації ними симпатичного сплетіння хребетної артерії виникали вегетосудинні пароксизми (28,9%), вегетативно-вестибулярні пароксизми та ліпотомії, асоційовані з міофасціальною дисфункцією груднинно-ключично-соскоподібних м'язів та подразненням *n. vagus* (26,2%), вегетативно-кардіальні, пов'язані з дисфункцією драбинчастих

(9,2%) та груднинно-ключично-соскоподібних (5,7%) м'язів, які подразнювали гілки верхнього шийного симпатичного вузла та внутрішнє сонне сплетіння відповідно. Мігренозноподібні вазомоторні головні болі та вегетативні тригемінальні цефалгії виникали внаслідок іритації верхнього та нижнього шийних симпатичних вузлів міофасціально зміненими перікраніальними (11,2%) та груднинно-ключично-соскоподібними (8,1%) м'язами відповідно.

**Висновки.** Вегетативна дисфункція при міофасціальних больових синдромах шийно-плечової локалізації має два типи перебігу — перманентний та пароксизмальний і розвивається на тлі патологічних змін

статодинамічного біомеханічного патерну та постурального м'язового дисбалансу. Пароксизмальний тип перебігу вегетативної дисфункції порівняно з перманентним характеризується вираженішими порушеннями вегетативного гомеостазу та гомеокінезу, а також високим рівнем психоемоційних змін на тлі більшої інтенсивності больового та м'язово-тонічного синдромів. Характер та вираженість вегетативних пароксизмів залежать від топічного розташування, кількості і ступеня активності міофасціальних тригерних пунктів, розташованих у м'язах шийно-плечового регіону, що обумовлено їх анатомо-топографічною близькістю до вегетативних утворень.

---

**ПОВІДОМЛЕННЯ**

У тезах «Особливості формування та клінічного перебігу інвалідизувальних судинних захворювань головного мозку в учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС», опублікованих у третьому числі «Українського неврологічного журналу» за 2013 р., повний авторський колектив складається із 4 осіб, а саме: Н. Ю. Чупровська, К. М. Логановський, В. О. Бузунов, Л. І. Краснікова.

*Редакція*