

указанные состояния субстратов, выявлять едва уловимые различия в напряжении кожи, мышцы, обнаружить нарушенную свободу смещения фасций, сухожилий, суставных поверхностей, покровных тканей, отличать суставной барьер от мышечного — все это и, главным образом, мгновенная оценка индивидуального поступательного и динамического двигательного стереотипа заслуживают того, чтобы их охарактеризовали как осмысленную чувствительность количественно и, особенно, качественно незаурядного уровня. Надо ли говорить, в какой мере информация, полученная таким образом (в дополнение к обычной оценке тонуса, сухожильных рефлексов и пр.), обогащает неврологическую и нейроортопедическую диагностику.

Следует отметить условность и понятие так называемой мануальной диагностики. Концентрация внимания специалиста, особенно начинающего, на одних лишь пальцах и кистях неминуемо отрицательно сказывается на результате характера диагностики. Успех так называемой ручной диагностики и терапии во многом зависит от умения подбирать индивидуальную интенсивность давления, натяжения, растяжения, протяжения, проникновения, скручивания и т. д.

В течение разноплановых сеансов включаются афферентные и эфферентные структуры всех сочленений и мышечно-сухожильных комплексов рук врача, его торса, главным образом позвоночника, ног, особенно их проксимальных отделов. Уже с первых часов обучения врач осмысливает, рецепторами каких фрагментов опорно-двигательного аппарата он воспринимает, а затем и контролирует проведение процедуры. Так, например, строго локальная ориентировочная пальпация или дозированное проникновение в анатомические структуры или их щели и углубления осуществляется преимущественно пальцами и кистью. Когда присоединяется элемент натяжения или протяжения (поперечное смещение, скручивание), включаются уже афференты и моторика всей руки и плечевого пояса. Удельный вес потока рецепции из кончиков пальцев (куда иногда направляет манипулятор излишнее внимание) при этом резко уменьшается. В ротационной и другой диагностике грудного и поясничного отделов нередко принимают участие позвоночник и ноги врача. Мануальный терапевт может осуществлять контроль позвоночного сегмента больного с помощью подушечек своих пальцев и одновременно почувствовать, в какой момент появляется первая пассивная пружинящая сила противодействия — «преднапряжение», «барьер». Это удается с участием проприоцепторов тех рычагов, с помощью которых сформирована адекватная позиция. Так, можно «вывести искомым эпицентр» — необходимый сустав, необходимое звено воздействия.

Таким образом, в основе клинической «экстрасенсорики» всякий раз находится и активное осознание, и автоматическое выделение нужного афферентного комплекса. По мере накопления опыта эти комплексы становятся как бы копиями патобиомеханических генераторов больного, своеобразными мобильными матрицами. Кибернетическое участие динамических обширных нейросоматических систем врача, как бы слияние с моторной системой больного по принципу обратной связи позволяет всякий раз вырабатывать диагностический сенсорно-моторный стереотип. Что касается качества восприятия врача, то по ходу такого рода деятельности их не всегда легко описать, но они совершенствуются практикой до такой степени, которая лишь на первый взгляд находится в нереальных пределах сенсорики нормального человека. В конечном счете расширяется возможность формирования новых энграмм, а следовательно, незаурядных мануальных восприятий и воспроизведений.

УДК 616.724—009.7—07

О. В. Василевская (Казань). Особенности клиники и диагностики болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Лицевые боли — распространенная жалоба больных, обращающихся к врачам различных специальностей: стоматологам, неврологам, оториноларингологам. Одной из причин данной патологии является прозопагия, обусловленная мышечно-фасцикулярной болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, которая, по данным ряда авторов, составляет около 10% среди всех лицевых болей.

Для миофасциального болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНС) характерны появление щелканья, чрезмерная или ограниченная подвижность, зигзагообразные движения нижней челюсти, возникновение болей в мышцах, прикрепляющихся к нижней челюсти и появление триггерных точек в мышцах головы и

шеи, которые обычно являются основными источниками болей, представленными в виде уплотнений или тяжей в мышцах или фасциях.

До сих пор высказываются противоречивые взгляды относительно этиологии и патогенеза данного заболевания. По сведениям одних авторов, в основе синдрома лежат изменения (понижение) прикуса, по данным других — миофасциальный синдром болевой дисфункции ВНС является полиэтиологическим заболеванием, причинами которого могут быть бруксизм, изменение прикуса, дефекты зубных рядов, переутомление или чрезмерная нагрузка мышц, поднивающих нижнюю челюсть, психоэмоциональное перенапряжение. Все это ведет к возникновению в тех или иных участках мышц так называемого остаточного напряжения, перерастающего затем в локальный мышечный спазм — мышечный гипертонус, который становится источником мощной ноцицептивной импульсации.

Целью настоящей работы являлось изучение роли личностных и вегетативных расстройств, а также значения в патогенезе развития синдрома болевой дисфункции ВНС периферических факторов, в частности изменения двигательного стереотипа.

Обследованы 43 пациента с данным синдромом (женщин — 30, мужчин — 13, возраст — от 22 до 40 лет). В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц, не отличавшихся ни по возрасту, ни по полу от основной группы. Все больные прошли клиническое, вертеброневрологическое, стоматолого-ортопедическое обследования, в том числе рентгенографию ВНС и рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами. Кроме того, всем проводилась полимиография на восьмиканальном электроэнцефалографе поверхностными электродами с мышц лица (жевательной, височной, лобной) и мышц шеи (грудиноключично-сосцевидной, трапециевидной). Исследования выполнялись в положении больных стоя, в покое и при движении как в шейном отделе позвоночника, так и в ВНС. Для выявления эмоционально-личностных расстройств и подвижности основных нервных процессов были использованы тесты Айзинка и Стрелая.

Данные клинического обследования выявили следующее. 22 из 43 больных испытывали постоянные, сильные, ноющие боли в области лица (щека, височная, надчелюстная области). У пациентов другой группы боли появлялись лишь при движении нижней челюсти, особенно при открывании или закрывании рта. Во всех случаях боли сопровождалось ограничением подвижности в ВНС как при смещении челюсти в стороны, так и при движении вверх — вниз. Явления бруксизма наблюдались у 5 больных. Миофасциальные триггерные пункты выявлялись как в мышцах лица (в наружной крылонебной мышце в 100% случаев, в жевательной — в 40%), так и в мышцах шеи (трапециевидной — в 70%, передней лестничной — в 90%, грудиноключично-сосцевидной — в 60%). При вертеброневрологическом обследовании больных у всех определялись болезненность позвоночно-двигательного сегмента, ограничение подвижности позвоночника и сглаженность лордоза. В 70% случаев рентгенологически обнаружены нестабильность на шейном уровне; спонтанные боли в шейном отделе позвоночника испытывали 80% больных.

У больных миофасциальным синдромом дисфункции ВНС отмечались явления вегетативной дисфункции (склонность к тахикардии, подъем артериального давления, головные боли, метеотропность, склонность к бессоннице). У 70% больных вегетативные расстройства протекали в форме симпато-адреналовых кризов — панических атак, у 30% — перманентное течение. При исследовании вегетативного гомеостаза в 86% случаев была выявлена симпатикотония.

Данные полимиографических исследований показали следующее. У больных с миофасциальным синдромом дисфункции ВНС увеличивается синергическая откликаемость жевательных мышц. Так, при наклоне головы назад электрическая активность жевательной мышцы у больных составляет $61,0 \pm 8,0$ мкВ, тогда как в норме — $25,5 \pm 2,0$ мкВ ($P < 0,05$). При активных же движениях эти мышцы включаются в работу в меньшей степени, чем в норме. При сжатии челюстей у больных электрическая активность жевательных мышц составляет $75,0 \pm 11,0$ мкВ, в группе здоровых — $90,0 \pm 9,0$ мкВ ($P < 0,05$). При сравнении мышц здоровой и больной сторон было выявлено повышение синергической активности на стороне поражения в мышцах шеи, в частности грудино-ключично-сосцевидной (на пораженной стороне электрическая активность составляет $89,7 \pm 7,0$ мкВ, на здоровой — $50,0 \pm 11,0$ мкВ).

Таким образом, у больных с миофасциальным синдромом дисфункции ВНС происходит изменение двигательного стереотипа, причем увеличивается синергическая откликая-

мость как жевательных мышц, так и мышц шеи и уменьшается сила активных движений. Данные изменения, по всей видимости, ведут к нарушению биомеханики позвоночника (в первую очередь, шейного отдела) и к появлению вторичных триггерных пунктов в мышцах шеи с развитием вертебрального синдрома у больных с болевой дисфункцией ВНС. Кроме того, данное заболевание часто сопровождается вегетативной дисфункцией с явным преобладанием симпатикотонии и наблюдается у лиц с сильным типом нервной системы. Лечение больных миофасциальным синдромом дисфункции ВНС должно быть комплексным. Кроме традиционного лечения (стомато-ортопедические мероприятия, лечение антидепрессантами, новокаинизация триггерных пунктов), необходимы специальные комплексы лечебной физкультуры для коррекции двигательного стереотипа и назначение вегетотропных препаратов.

УДК 616.748.54—07

Л. А. Кадырова, А. А. Терещенко, В. Г. Марченко (Харьков). Морфофункциональные особенности камбаловидной мышцы

В клинических проявлениях ишиокруральных синдромов существенная роль принадлежит трехглавой мышце голени, особенно камбаловидной. Какие морфофункциональные особенности камбаловидной мышцы могут находить отражение в клинике ишиокруральных синдромов? С целью выявления этих особенностей нами предпринято макромикроскопическое исследование 57 анатомических препаратов.

Камбаловидная мышца (КМ) имеет плоскую форму и сложное строение из мышечно-апоневротических структурных единиц. Три апоневротических пласта КМ — это задний, расположенный на поверхности мышцы, внутриорганный фронтальный и внутриорганный сагиттальный. Они делят ее на четыре мышечно-апоневротические структурные единицы (СЕ): I — переднемедиальную, II — переднелатеральную, III — заднемедиальную, IV — заднелатеральную (рис. 1А, 2Е). Подтверждением этому являются индивидуальная иннервация и кровоснабжение отдельных струк-

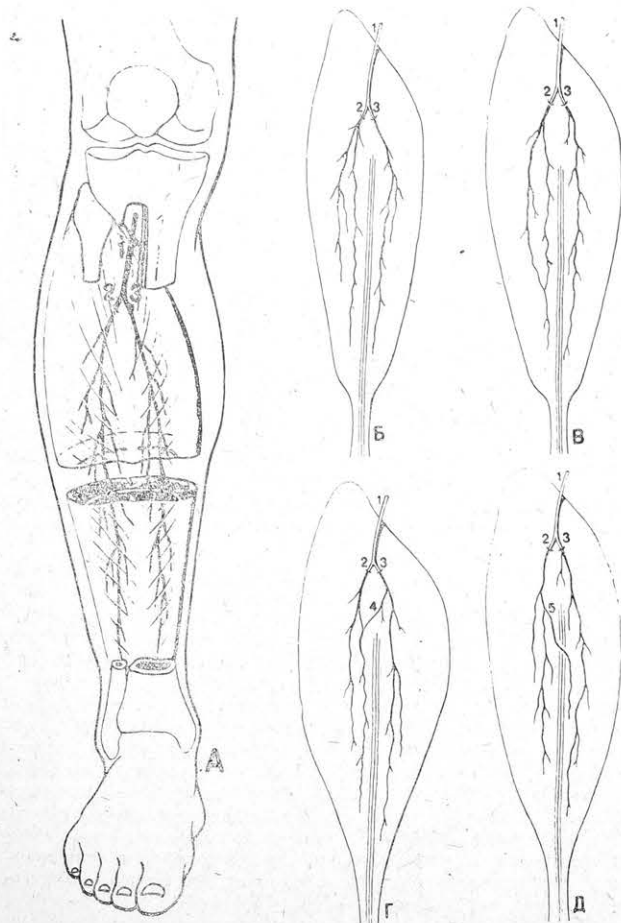


Рис. 1. Схема строения камбаловидной мышцы. Объяснения в тексте.

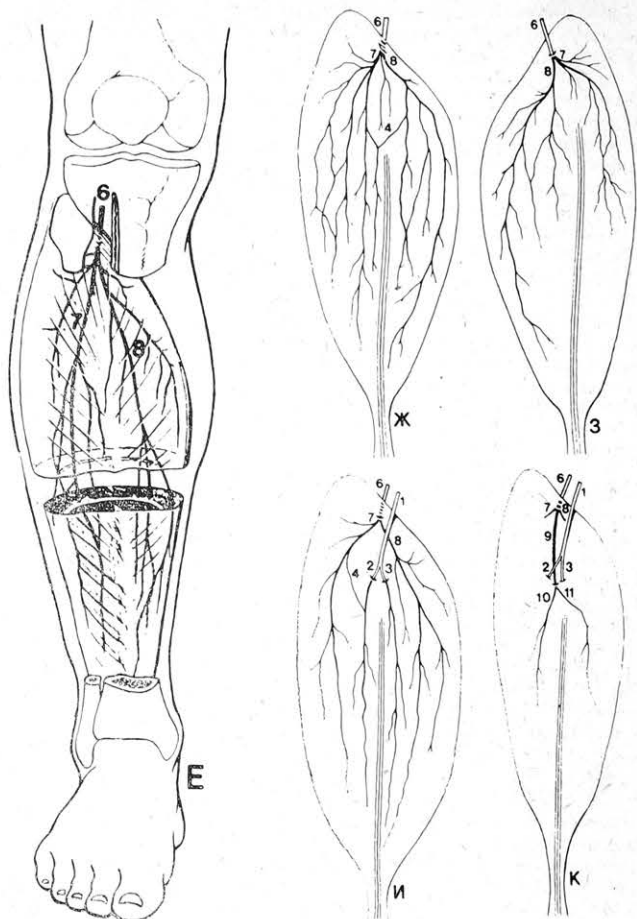


Рис. 2. Схема иннервации камбаловидной мышцы. Объяснения в тексте.

тур, а следовательно, и разделение функций, подобно функции дельтовидной или большой грудной мышцы.

На изученных препаратах КМ иннервируется большеберцовым нервом, от которого получает две ветви: проксимальную и дистальную. Дистальная ветвь (рис. 1, 2₁), названная нами нервом, отходит от большеберцового нерва на уровне головки малоберцовой кости часто не самостоятельно, а в составе общего стволика к подколенной или задней большеберцовой мышце. Длина его внесмышечной части составляет 3—5 см. До внедрения в мышцу нерв делится на две ветви — медиальную и латеральную (рис. 1₂, 3). Мышечные «ворота» довольно постоянны и находятся в центральной части верхней трети мышечного брюшка со стороны передней его поверхности. Медиальная ветвь дистального нерва распределяется в I СЕ, латеральная — во II. Направление основных нервных стволиков совпадает с направлением мышечных волокон. Форма ветвления интраорганных нервов смешанная. Внутримышечные нервные связи между ветвями первого — третьего порядка не наблюдались. Проксимальная ветвь (рис. 2₆) отходит от большеберцового нерва на уровне мышелков бедренной кости чаще не изолированно, а в составе нерва к латеральной головке икроножной мышцы. Длина ее внесмышечной части составляет 4—7 см. Нерв внедряется в мышечное брюшко со стороны задней его поверхности на 1—1,5 см ниже латеральной трети верхнего края. Мышечные «ворота» относительно постоянны. Войдя в мышцу, нерв сразу делится на две ветви — медиальную (рис. 2₈) и латеральную (рис. 2₇). Первая распределяется в III СЕ, вторая — в IV. В указанных СЕ мышечная сеть богаче, чем в I и II, что объясняется их значительной мышечной массой. Форма ветвления интраорганных нервов рассыпная. Имеются внутримышечные нервные связи. Направление основных нервных стволиков не совпадает с направлением мышечных волокон.

Таким образом, при макромикроскопическом изучении КМ выявлены следующие особенности: 1) различия во вне- и внутриорганном распределении нервов; 2) наличие связей с нервами икроножной мышцы; 3) послойное распределение внутримышечных нервов; 4) наличие дополни-