

УДК 616.8-009.12-092

## О РОЛИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРНЫХ ПУНКТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИСТЕРИЧЕСКИХ ГИПЕРКИНЕЗОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

А. А. Быков<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная академия» Минздрава России, 153012, Россия, Иваново, Шереметевский просп., д. 8

**РЕЗЮМЕ** Описано участие миофасциальных триггерных пунктов (МФТП) в манифестации двигательных истерических реакций. Обсуждается роль МФТП в формировании гиперкинезов при истерии.

**Ключевые слова:** истерический гиперкинез, миофасциальный триггерный пункт.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): [al2bu@mail.ru](mailto:al2bu@mail.ru)

Под нашим наблюдением в неврологическом отделении Городской клинической больницы восстановительного лечения (ныне – ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации») находилась больная А., 42 лет, лечившаяся с диагнозом: «Энцефалопатия сложного генеза (дисциркуляторная, посттравматическая) с недостаточностью кровообращения в вертебро-базиллярной системе. Шейный остеохондроз в области С4-С5, С6-С7. Цервикобрахиалгия (мышечно-тоническая, переходящая в нейродистрофическую) слева. Поясничные остеохондроз в области L4-L5. Люмбоишиалгия (мышечно-тоническая, переходящая в нейродистрофическую (по типу крампи) справа. Гипертоническая болезнь, II стадия. Риск 3. Мочекаменная болезнь. Хронический вторичный пиелонефрит».

В начале курса лечения на занятии в группе ЛФК при выполнении ротационных движений у пациентки развилось пароксизмальное состояние, расцененное как ликвородинамический криз. Она была переведена в специализированное неврологическое отделение, откуда после купирования криза была вновь направлена на реабилитацию.

Пациентка предъявляла жалобы на боли в шейном отделе позвоночника и левом надплечье, отдающие в левую руку и сопровождающиеся болевой тонической реакцией с вытягиванием руки, а также на боли в поясничной области, сопряженные с выраженной болью и развитием тонической реакции в трехглавой мышце правой голени с распространением на бедро. Больная испытывала затруднения при ходьбе, пользовалась дополнительными средствами для опоры (тростью). Периодически возникали беспричинная рвота, потеря сознания с падениями, тризм.

У данной больной среди клинических проявлений доминировали двигательные расстройства, не укладывающиеся в типичные схемы неврологи-

ческих нарушений – тонические спазмы в верхних и нижних конечностях при отсутствии грубых неврологических выпадений и патологических пирамидных знаков, причем тонические реакции вызывались и раздражением МФТП. Был заподозрен истерический невроз с гиперкинезом, что потребовало проведения консилиума с целью уточнения клинического диагноза.

Консилиум был проведен с участием члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, профессора Е. М. Бурцева. При осмотре в неврологическом статусе пациентки отмечались слабость конвергенции, недостаточность отведения глазных яблок справа, мелкокомпонентный горизонтальный нистагм, снижение глоточного рефлекса. При исследовании рефлекторной сферы – рефлексы с рук – S>D, оживлены, с ног: коленные – D>S, ахилловы – D<S. Подошвенные и брюшные рефлексы отсутствовали. Установлена интенция при координаторных пробах и пошатывание в позе Ромберга, периодически возникал тремор в кистях рук в покое при сохранной функции письма. Чувствительных расстройств не было. Сила мышц верхних и нижних конечностей – 5 баллов при отвлечении, 4 балла – в правой икроножной мышце (щадит из-за боли). В мышцах левого надплечья – надостной, трапециевидной, поднимающей лопатку, а также в ишиокруральных мышцах правого бедра и голени пальпировались многочисленные МФТП, раздражение которых вызывало стереотипные тонические реакции, сопровождающиеся интенсивной болью – вытягивание левой руки и напряжение икроножных мышц справа, переходящее на ишиокруральные мышцы бедра. Нагрузка на мышцы плечевого пояса и ходьба периодически также вызывали болевые тонические реакции. Пациентка ходила с палочкой, подтаскивая ногу, но при отвлечении не пользовалась дополнительной опорой и движения ее становились более

свободными, что было подтверждено материалами десятиминутной видеосъемки.

В нейроортопедическом статусе отмечалось ограничение движений в шейном и поясничном отделах позвоночника, болезненность зон остистых отростков и межпозвоночных суставов на уровнях C5-C6, C6-C7, L4-L5, функциональные блоки указанных уровней, флексионно-ротационные и латерофлексионные, функциональная блокада крестцово-подвздошного сочленения во флексии справа, симптом «псевдо»Ласега справа (+) 75°.

По данным электроэнцефалографии, на фоне ирритативной активности регистрировался неглубокий очаг в левых фронто-височных отделах. При магнитно-резонансной томографии выявлена смешанная, умеренно выраженная, преимущественно наружная гидроцефалия с конвексительной локальной атрофией вещества мозга. Результаты этих исследований свидетельствовали о негрубых органических изменениях, указывающих на сосудистый внутримозговой процесс.

У пациентки также было проведено исследование микроциркуляции в МФТП в левом надплечье и в правой голени полярографическим методом с использованием игольчатого платинового электрода. Было обнаружено свойство МФТП отвечать на любое раздражение: местное и отдаленное, прямое и косвенное, болевое, температурное, эмоциональное и т. д. – резкими колебаниями микроциркуляции, что позволяет расценить МФТП как своего рода антенну, реагирующую на любые процессы в организме испытуемого.

Таким образом, на момент проведения консилиума клиническую картину у данной больной определяли двигательные расстройства, не укладывающиеся в иннервационные схемы неврологических нарушений: тонические спазмы в верхних и нижних конечностях, отличающиеся искусственностью и вычурностью, при отсутствии грубых неврологических выпадений и патологических пирамидных знаков, что было расценено консилиумом как истерический гиперкинез. Кроме того, анамнестические данные: беспричинные рвоты, эпизоды потери сознания с падениями, тризмы (при отсутствии соматической патологии, способной дать подобную симптоматику) – соответствовали проявлениям истерии.

В пользу истерии говорил и психологический портрет пациентки. Психологом выявлена выраженная потребность женщины в щадящей социальной нише, не исключалось неосознаваемое восприятие болезни как психической защиты от неадекватной профессиональной самореализации. Детство больной прошло в детском доме,

она нуждалась в постоянном внимании и поддержке. Профессиональное направление выбрано неадекватно. На момент осмотра отмечались беспокойство и тревога, неудовлетворенность коллегиальными отношениями при высокой мотивации на выздоровление.

Клинический диагноз у пациентки был дополнен указанием на истерический невроз и истерический гиперкинез, последующее лечение проходило с активным участием психотерапевта, а интенизация МФТП проводилась с использованием мягкотканых и мобилизационных методик мануальной терапии.

Исследованию гиперкинезов при истерии посвящено много отечественных и зарубежных работ [2–4, 11–13]. В литературе встречаются описания гиперкинезов при истерии, развившихся на фоне имеющихся органических дефектов головного мозга, например истерической формы гемихореи [2]. Такие гиперкинезы имеют довольно четкую очерченность в виде сложности и ритмичности произвольных движений. Эти движения часто напоминают профессиональные движения, или движение поклона, или танца, т. е. отличаются определенной штампованностью. Стереотипные тонические реакции у нашей пациентки, возникающие при определенных движениях и проходящие при отвлечении, безусловно, носят истерический характер. В то же время у больной отмечались некоторые моменты, не позволяющие объяснить возникновение данного гиперкинеза лишь как истерическую реакцию, – это стереотипность реакций при пальпации МФТП, при нагрузке и движении.

Нами были описаны сложные двигательные и сосудистые реакции при раздражении МФТП, что позволило установить роль МФТП в выявлении скрытого церебрального дефекта и модификации клинической картины неврологической патологии, дана классификация описанных явлений и разобраны возможные патофизиологические механизмы этих процессов [1, 9, 10]. Пораженный мозг участвует в реализации не только пирамидной и экстрапирамидной ригидности и гиперкинезов, но и *в сегментарно организуемых дефансах, что ведет к развитию суставных блоков*. Эти блоки и другие периферические очаги при раздражении могут изменять синдромологию, вызванную церебральным дефектом, в формирование клинической картины включаются законы биомеханики. Повышение тонуса (сегментарное, децеребрационное и др.) в любой группе мышц приводит к активации ближайших мышц по типу миотатического рефлекса – формируются цепные миотатические рефлексы [7]. Существуют указания на совпадение этих цепей с ходом су-

хожильно-мышечных меридианов или с их спиралевидными путями [6, 8] либо с превалированием позных синергий с какой-либо из сторон. Это касается не только мышечно-тонических, но и нейродистрофических механизмов. Особая роль в модификации клинической картины принадлежит МФТП. Ведь триггерный пункт в нормальных условиях служит для поддержания кольцевых рефлексов спинального и стволового уровней, делая их практически неистощаемыми [5, 9], что важно для формирования стереотипных движений.

У данной пациентки МФТП модифицировали картину истерического гиперкинеза, возникшего на

фоне органического поражения головного мозга и периферической нервной системы. Следовательно, возникающие при истерии гиперкинезы в своей реализации могут иметь органический компонент (страдание центральной и периферической нервной системы) и функциональный, связанный с законами психопатологии и патобиомеханики, с несомненным участием в формировании клинической картины МФТП. Впрочем, не исключено и более широкое участие МФТП в формировании двигательных расстройств при истерии, например истерической дуги.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Быков, А. А. Опыт применения мануальной терапии при двигательных нарушениях вследствие органического поражения головного мозга / А. А. Быков, В. Н. Ларина // Мануальная медицина. – 1991. – № 1. – С. 22–21.
2. Давиденков, С. Н. Клинические лекции по нервным болезням / С. Н. Давиденков. – Вып. 2. – Ленинград : Медгиз, 1956. – 219 с.
3. Дюкова, Г. М. Неврологические подходы к диагностике истерии / Г. М. Дюкова, В. Л. Голубев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1994. – № 5. – С. 95–100.
4. Голубев, В. Л. Неврологические маски истерии / В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова, // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1994. – № 5. – С. 91–95.
5. Иваничев, Г. А. Болезненные мышечные уплотнения / Г. А. Иваничев. – Казань, 1990. – 160 с.
6. Кадырова, Л. А. Учет спирального распределения мышечных нагрузок при постизометрической релаксации / Л. А. Кадырова, Я. Ю. Попелянский, Н. Н. Сак // Мануальная медицина. – 1991. – № 1. – С. 5–7.
7. Петров, К. В. Использование миотатических синергий при лечении рефлексорно-мышечных синдромов заболеваний опорно-двигательного аппарата / К. В. Петров // Мануальная медицина. – 1994. – № 6. – С. 24–27.
8. Петров, К. В. Физиология триггерных точек и патогенез триггерных болей (сообщения 1, 2) / К. В. Петров // Мануальная медицина. – 1995. – № 9. – С. 9–19.
9. Попелянский, Я. Ю. О вызванных (стимуляционных) ответах на раздражение миофасциальных триггерных пунктов / Я. Ю. Попелянский, А. А. Быков, В. Н. Ларина // Неврологический журнал. – 2000. – № 4. – С. 19–22.
10. Попелянский, Я. Ю. О роли миофасциальных уплотнений в патогенезе органических поражений головного мозга / Я. Ю. Попелянский, А. А. Быков, В. Н. Ларина // Неврологический вестник. – 2000. – Т. XXXII, № 1-2. – С. 40–42.
11. Breuer, J. Studien über Hysterie // J. Breuer, S. Freud. – Leipzig und Wien, 1895. – 269 p.
12. Good, M. I. Hysterical conversion, organic pathology and DCM-IV / M. I. Good // American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol. 150(6). – P. 988.
13. Merskey, H. Hysteria and organic brain disease / H. Merskey, N. A. Buhrich // British Journal of Medical Psychology. – 1975. – Vol. 4, № 4. – P. 359–366.

## ROLE OF MYOFASCIAL TRIGGER POINTS IN HYSTERIC HYPERKINESIA PATHOGENESIS (A CLINICAL OBSERVATION)

A. A. Bykov

**ABSTRACT.** The participation of myofascial trigger points (MFTP) in the manifestation of motor hysteric reactions is described. The role of MFTP in hyperkinesia formation in hysteria is discussed.

**Key words:** hysteric hyperkinesia, myofascial trigger point.