

ОСТЕОХОНДРОЗ ВЕРХНЕШЕЙНОГО УРОВНЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ДИСКИНЕЗИЯ ГОРТАНИ

Х.А. Алиматов

*Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. Х.А. Алиматов)
Казанского государственного медицинского университета*

Одной из причин расстройств голоса является шейная мышечная патология, сопряженная с остеохондрозом позвоночника [1, 2]. Патологическая импульсация из пораженных верхнешейных позвоночно-двигательных сегментов ведет к формированию вокруг них зоны миофиксации, выраженность и распространенность которой зависят от силы и степени охвата ею мышц, фасций и связок. Миофиксация может быть круговой, охватывающей все мышцы верхнего отдела шеи (в таком случае она напоминает муфту краниоцервикальной иммобилизации), а также односторонней, преимущественно передней, задней, локальной. При вовлечении в зону патологической импульсации органов шеи их функция нарушается. В последующем в мышечно-связочном аппарате органов шеи формируются болезненные мышечные уплотнения, выполняющие роль курковых зон (триггеров), которые могут функционировать автономно, без связи с первичным патологическим процессом в позвоночно-двигательном сегменте, к этому времени, возможно, уже купированном. Данная картина создает иллюзию первичного заболевания органов шеи и соответственно ведет к назначению неадекватного и неэффективного лечения. Вовлечение в процесс миофиксации гортани, различных ее отделов и органов, участвующих в процессе голосообразования, приводит к расстройствам голоса.

Нами обследованы 260 больных с дискинезией гортани, сопряженной с остеохондрозом верхнешейного уровня. Обследование включало осмотр и пальпацию контуров гортани, подъязычной кости, передних мышц шеи, ларингоскопию, рентгенографию, электромиографию передних мышц гортани, неврологическое обследование, микроларингоскопию, стробоскопию, определение времени максимальной фонации.

При электромиографическом исследовании передних мышц гортани мы пользовались поверхностными электродами и накладывали их в проекции двух антагонистических групп мышц: напрягающих голосовые складки — грудинощитовидной, перстнечи-

товидной (нижняя группа) и расслабляющих голосовые складки — щитоподъязычной, щитоглоточной (верхняя группа). Мы исследовали и мышцы, прикрепляемые к боковым отделам подъязычной кости как расслабляющие голосовые складки. Поверхностный электрод при этом накладывали в проекции боковой поверхности подъязычной кости. Контрольная группа состояла из 80 здоровых лиц. В норме тонус нижней группы передних мышц гортани в 1,2—1,3 раза превышает тонус верхней группы. Тонус мышц, прикрепляемых к подъязычной кости, в 1,5—2,0 раза выше тонуса нижней группы мышц.

Функциональная дисфония характеризуется как заболевание, при котором в гортани нет видимой патологии, однако при внимательном осмотре больного нами выявлялись как внешние (наружные), так и внутригортанные ее проявления. Непрямая ларингоскопия позволила обнаружить некоторые характерные для одностороннего поражения симптомы. Так, голосовая складка на стороне напряжения шейных мышц и проявления синдромов шейного остеохондроза отличалась от противоположной чрезмерным натяжением или расслаблением. Чаще отмечался ее гипертонус. У некоторых больных в фазе расслабления (после фонации) наблюдались подергивания голосовой складки (тик) на стороне поражения. Пальпаторно в передних мышцах гортани определялись болезненные мышечные уплотнения, локализованные в группе (верхней или нижней) с превалированием тонуса. Иногда болезненные мышечные уплотнения прощупывались как в верхней, так и в нижней группах мышц с одной стороны, соответствующей, как правило, патологии мышц шеи и позвоночника. При электромиографическом исследовании передних мышц гортани было отмечено превышение тонуса их на больной стороне.

Каждая форма дискинезии сопровождается напряжением определенной группы мышц шеи. Напряжение мышц органов шеи может быть выражено слабее, чем тех, что прикреплены к позвоночнику. В последую-

шем в процесс напряжения и сокращения вовлекаются и связки гортани (коническая, щитоподъязычная). В результате даже незначительного ограничения движений мышц гортани ее функция существенно страдает — в этом причина несоответствия разнообразной субъективной симптоматики и отсутствия выраженной патологии в глотке и гортани. Соответственно напряжению в мышцах, относящихся к пораженному ПДС, могут появиться триггеры первичного и вторичного характера. В зависимости от охвата процессом миофиксации мышц верхнего отдела шеи и гортани мы выделили две формы дискинезии гортани: вентрикулярную, клиника которой складывается из симптомов одновременного поражения гортаноглотки и вестибулярного отдела гортани, и гипотонусную, при которой процесс охватывает вестибулярный отдел гортани.

Больные с вентрикулярной формой дискинезии гортани жаловались на охриплость и изменение тембра голоса, который становился низкотоновальным и грубым, ощущение кома в гортле, затруднение разговора, болезненность в верхних отделах шеи, за углом нижней челюсти и в области дна полости рта.

Ларингоскопическая картина характеризовалась застойной отечностью слизистой оболочки, особенно вестибулярного отдела гортани, утолщением вестибулярных складок, увеличением их в объеме и смещением к средней линии.

Характерен также внешний вид больных с вентрикулярной формой дискинезии гортани. Вследствие краниоцервикальной миофиксации голова у них как бы вдавлена в шею, нижняя челюсть выдвинута вперед и приподнята вверх. Подъязычная кость участвует в реализации регионарного постурального мышечного дисбаланса и принимает вследствие краниоцервикальной миофиксации определенную позицию, которая зависит от силы напряжения и сокращения мышц. Так, она может симметрично или асимметрично приближаться к щитовидному хрящу, иногда до полного исчезновения расстояния между ними. В результате напряжения мышц, подтягивающих подъязычную кость к позвоночнику, она смещается кзади, и между верхним краем щитовидного хряща и подъязычной костью образуется как бы ступень.

Миофиксацией можно объяснить неудачные попытки вернуть подъязычную кость в естественное положение путем массажа, ПИР и новокаиновых блокад. Гипертонусом охватываются и мышцы вестибулярного от-

дела гортани. Клиническим выражением такой деформации системы "гортань—подъязычная кость" является гипертрофия, а в последующем — гипертонус вестибулярных складок гортани и их преждевременное смыкание с формированием грубого, вентрикулярного голоса. Кроме определяемых пальпаторно болезненности, напряжения, появления триггеров в мышцах, прикрепленных к подъязычной кости, электромиография свидетельствовала о повышенном их тоне по сравнению с нормой в 1,5—2,0 раза. Рентгенография выявляла остеохондроз верхних шейных ПДС (С_{II—III}). Итак, центр болевой тяжести при вентрикулярной форме дискинезии гортани локализован в промежутке между боковыми отделами подъязычной кости и краниовертебральным переходом.

В начальных стадиях заболевания пациентам с вентрикулярной формой дискинезии устанавливают диагнозы, основанные только на клинических проявлениях. В последующем же, при развитии вторичных нарушений в структурах гортани в виде изменения тембра голоса, гипертрофии слизистой оболочки и мускулатуры вестибулярных складок, определяется гиперпластический ларингит или гипертонусная дисфония.

Для гипотонусной формы дискинезии гортани были характерны следующие симптомы: слабость голоса, утомляемость его после голосовой нагрузки, охриплость, ощущение кома в гортле, затруднение дыхания, першение, саднение, напряжение мышц в подбородочной области, боли в верхних отделах передней поверхности шеи, особенно в области верхнего края щитовидного хряща. У некоторых больных боль локализовалась в области щитоподъязычной мембраны и в проекции щитоподъязычной мышцы. Пальпаторно имели место напряжение щитоподъязычной мышцы и болезненные в ней мышечные уплотнения (триггеры). Симметричная (с обеих сторон) боль одинаковой интенсивности наблюдалась редко, чаще она была выраженнее с одной стороны.

При гипертонусе верхней группы передних мышц гортани ларингоскопическая картина соответствовала гипотонусной дискинезии — отмечались слабый тонус голосовых складок, неполное смыкание их при фонации, напряжение краев голосовых складок во время голосовой нагрузки. Электромиография показывала превышение тонуса верхней группы мышц над нижней в 1,5—2 раза и более. Рентгенография выявляла поражение верхних шейных ПДС.

Стробоскопическая картина также соответствовала степени натяжения или рас-

слабления голосовых складок — на той стороне, где электромиография показывала снижение тонуса, наблюдалось отставание голосовой складки во время фонации. Расстояние между щитовидным хрящом и подъязычной костью при гипотонусной форме дискинезии уменьшалось симметрично при одинаковом тонусе с обеих сторон или асимметрично — при разных величинах тонуса справа и слева, но уменьшение этого расстояния всегда соответствовало степени превышения тонуса в верхней группе мышц над нижней.

Итак, при гипотонусной форме дискинезии гортани явления напряжения мышц и миофиксации локализованы преимущественно в промежутке между гортанью и подъязычной костью. Следовательно, органы шеи, в том числе и гортань, дают адекватную реакцию на патологическую импульсацию из пораженных позвоночных двигательных сегментов верхнешейного уровня.

Термин *функциональная дисфония*, которым часто обозначаются указанные выше формы дискинезии гортани, является неудачным — он не отражает объективную картину заболевания. Функциональные нарушения всегда имеют в основе органическую патологию, которая часто остается неустанов-

ленной. Адекватная терапия и контроль ее эффективности возможны только на основании количественной оценки состояния мышечно-связочного аппарата гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгих П.П., Зуев А.С., Фиссон Г.Р. Клиника, диагностика, лечение нейрогенных соматических заболеваний. — Пермь, 1981.

2. Алиматов Х.А.//Казанский мед. ж. — 1995. — № 1. — С. 42—43.

Поступила 16.01.99.

OSTEOCHONDROSIS OF THE SUPERCERVICAL LEVEL OF VERTEBRAL COLUMN AND LARYNX DYSKINESIA

Kh. A. Alimetov

S u m m a r y

As many as 260 patients with voice disorders caused by pathology of the supercervical part of vertebral column are examined. This disease in literature is determined as functional dysphonia and is characterized by the absence of visible pathology in the larynx. However it is shown that the larynx and surrounding organs can be involved into the myofixation zone and give the adequate response to the pathology of the cervical part of vertebral column.