

## **Миофасциальный болевой синдром, ассоциированный с вирусом Эпштейна-Барр**

**В.Г. Овчинников**

*(ООО «Герпетический центр», г. Москва, Россия)*

Боль является самой частой жалобой, с которой имеют дело врачи различных специальностей в своей повседневной практике. В неврологической практике чаще всего встречаются боли в спине и шее, головные боли. Помимо дорсалгий и цефалгий, достаточно распространены также абдоминалгии, торакалгии и кардиалгии, и несколько реже – боли другой локализации. В последние годы особое внимание привлекают так называемые хронические боли [1]. Главной их характеристикой служит длительное, часто монотонное проявление болей, которые нередко носят не строго локализованный, а диффузно-распространенный характер. Миофасциальный синдром – это вариант хронической боли, источником которой являются скелетные мышцы и прилегающие фасции. По локализации повреждения данный вид боли является глубокой соматической болью. Формирование болевого ощущения в мышцах обусловлено раздражением болевых рецепторов – ноцицепторов неинкапсулированных нервных афферентных волокон, расположенных в мышечных волокнах и фасциях. Эти сенсорные единицы активируются механическими воздействиями, температурой или химическими раздражителями, что сопровождается появлением диффузной, слабо локализованной боли.

Заболевания суставов и внутренних органов – одна из наиболее частых причин формирования миофасциального болевого синдрома. Практически любая соматическая патология может сопровождаться миофасциальными болевыми синдромами. При заболеваниях носоглотки может развиваться миофасциальный болевой синдром (МБС) с вовлечением мышц шеи, лица и плечевого пояса. Нередко причиной миофасциальных болевых синдромов, затрагивающих мышцы тазового дна, является гинекологическая патология. При этом варианте хронические боли локализуются внизу живота, пояснице, области крестца.

МБС, ассоциированный с висцеральной патологией, может формироваться на фоне остеохондроза позвоночника, осложняя его течение. Однако во многих случаях МБС не связан непосредственно с остеохондрозом позвоночника или фасеточным синдромом, а болевая импульсация первично происходит из пораженной мышцы. Диагноз «миофасциальный болевой синдром» ставится на основании клинического обследования и требует выявления триггерных точек, определения объема движений в соответствующем отделе позвоночника, а также выявления сопутствующих вегетативных и соматических нарушений. Факторами, предрасполагающими к развитию МБС, являются наличие хронического воспаления, вызванного вирусной или бактериальной инфекцией, а также дефицит некоторых микроэлементов и витаминов [2].

Частой причиной хронического воспалительного процесса в организме является персистенция вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ). Этот вирус является одним из представителей большой группы оппортунистических инфекций. Он относится к семейству *Herpesviridae*, подсемейству *Gammaherpesviridae* (или герпесвирус 4-го типа). ВЭБ является типичным представителем лимфотропных вирусов приматов (*Lymphocryptovirus*). Считается, что к 25 годам инфицированными ВЭБ являются 70–90 % населения [3]. У большинства иммунокомпетентных людей первичное инфицирование ВЭБ заканчивается клиническим выздоровлением. При этом, в отличие от многих других инфекций, вирус остается в организме человека пожизненно. Эффективный иммунный ответ предупреждает в будущем активацию и клиническую манифестацию ВЭБ. Однако в ряде случаев ВЭБ способен выходить из-под иммунологического контроля. В этом случае инфекция переходит в хроническую активную или активно-латентную форму [3]. Возникающий при этом транзиторный иммунодефицит затрагивает как адаптивный иммунитет (содержание и функциональную активность Т- и В-лимфоцитов), так и факторы естественной цитотоксичности (НК-клетки, моноциты/макрофаги, нейтрофилы), что и может служить иммунологической основой для поддержания миофасциального болевого синдрома.

Цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус герпеса человека 6-го и 7-го типов (human herpesvirus – HHV-6, HHV-7) тоже могут вызывать транзитное снижение иммунного ответа организма, но считается, что их персистенция встречается несколько реже.

Для лабораторной диагностики ВЭБ используют выделение вируса в средах организма (слюна, моча, кровь, слеза) методом количественного ПЦР, а также серологические методы. В настоящее время используют определение IgM к VCA (viral capsid antigen – вирусному капсидному антигену) и IgG к EBЕА (Epstein-Barr early antigen – раннему антигену) О перенесенной инфекции говорит обнаружение иммуноглобулинов G к ядерному антигену (IgG к EVNA – virus nuclear antigen), которые появляются через 3–6 нед. от начала заболевания. Трактовка полученных результатов представлена в таблице.

Таблица

**Трактовка серологической диагностики активности ВЭБ инфекции**

№	Период заболевания	VCA IgM	EA IgG	EBNA IgG
1	Инкубационный период или отсутствие инфицирования	–	–	–
2	Очень ранняя первичная инфекция	+	–	–
3	Ранняя первичная инфекция	+	+	–
4	Поздняя первичная инфекция	+/-	+	+/-
5	Атипичная первичная инфекция	–	–	+
6	Хроническая инфекция	-/+	+	–
7	Ранняя паст-инфекция	–	+	+
8	Поздняя паст-инфекция	–	–	+
9	Реактивация	+	+	+
10	Атипичная реактивация	–	+	+

Для диагностики активности ВЭБ методом вегетативного резонансного теста может быть использован потенцированный нозод ВЭБ. Тестирование нозода в потенции D6-D30 свидетельствует об активности вируса и обычно подтверждается обнаружением вируса в соответствующей среде методом ПЦР.

Тестирование нозода ВЭБ в более высоких потенциях обычно характерно для ранее перенесенной и не активной инфекции.

Лечение ВЭБ инфекцией в рамках классической медицины основано на использовании противовирусной (ацикловир и его производные) и иммунокорректирующей (Виферон, Циклоферон, Ликопид) терапии.

В рамках концепции биорезонансной терапии для лечения может использоваться:

- частотная экзогенная биорезонансная терапия, направленная на подавление ВЭБ;
- симптоматическая эндогенная биорезонансная терапия;
- конституциональная гомеопатическая терапия;
- нацеленные аутонозоды, изготовленные из среды выделения вируса у пациента;
- биорезонансные копии аллопатических иммунных препаратов.

**Клинический пример**

Пациентка С. 37 лет. Обратилась с жалобами на боли области шеи и правой лопатки, тянущего и ноющего характера, усиливающиеся при физической нагрузке и периодически сопровождающиеся несистемным головокружением на «смену погоды».

Указанные симптомы возникли 2 года назад после перенесенной респираторной инфекции. Проведенное ранее МРТ обследование шейно-грудного отдела позвоночника не выявило существенной патологии. Ранее проводилось 2 курса стандартной в этой ситуации медикаментозной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами, миорелаксантами и витаминами группы В, а также физио-терапевтическое лечение и курс мануальной терапии. Лечение приносило лишь временное облегчение.

При обследовании в клиническом анализе крови: не резко выраженный лимфоцитоз и относительная нейтропения. Менингеальной симптоматики нет. Черепно-мозговые нервы и периферические рефлексы без особенностей.

По методу вегетативного резонансного теста выявлен ВЭБ в потенции D30.

В контрольном обследовании методом качественного ПЦР ВЭБ выявлен в слюне и моче.

Проводимая терапия: нацеленный аутонозод слюны пациентки, эндогенная биорезонансная терапия с дозаписью копии препарата Ликопид, Лимфомиозот, а также Кальциум Карбоникум LM 1 в качестве конституционального гомеопатического средства.

Через 2 недели приема препаратов боли в шее и лопатке постепенно прекратились, при контрольном обследовании, проведенном через 2 месяца, клинический анализ крови нормализовался. ВЭБ не был выделен в контрольном анализе биологических сред методом ПЦР.

На повторном приеме пациентке был назначен нозод ВЭБ D200, подобранный по тестированию, и рекомендовано продолжить прием Кальциум Карбоникум LM1 2 раза в неделю еще на 2 месяца. При контрольном обследовании через год болевой синдром пациентку больше не беспокоил, и вирус в средах не выделялся.

### Вывод

Возможности вегетативного резонансного тестирования позволяют по-новому оценить природу МБС. Эффективность проведенной биорезонансной противовирусной терапии указывает на причинно-следственную связь вирусной инфекции (в частности ВЭБ) и МБС. Миофасциальный болевой синдром, который не поддается традиционной терапии, может быть ассоциирован с каким-либо инфекционным воспалительным процессом и требует другого подхода к лечению. Лечение должно быть направлено на основное заболевание, в частности, вирусную инфекцию, а не на ее симптом – миофасциальные боли.

### Список использованной литературы

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под редакцией проф. В.Л. Голубева. – М.: «МЕДпрессинформ», 2010.
2. Дадашева М.Н., Агафонов Б.В., Шевцова Н.Н. Алгоритм терапии миофасциального болевого синдрома // «ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ» журнал для врачей, 2013.
3. Кудин А.П. Эта «безобидная» вирус Эпштейна-Барра инфекция // Журнал «Медицинские новости». – 2006. – №7.
4. Семенова Т.Б., **Овчинников** В.Г. Возможности применения нацеленных аутонозодов для лечения заболеваний, ассоциированных с герпесом человека 6 типа // Тезисы и доклады XIX Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Часть I. – М.: ИМЕДИС, 2013. – С. 93–98.

---

**Овчинников**, В.Г. Миофасциальный болевой синдром, ассоциированный с вирусом Эпштейна-Барр / В.Г.

**Овчинников** // XXII Международная конференция "Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии". - М.: ИМЕДИС, 2016. - С.77-81.

[в избранное](#)