

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА

Е.Ф. Святская, Т.В. Жукова

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
svyatef@mail.ru, tvzhukova@gmail.com

Проблема мышечной боли (МБ) давно является предметом изучения специалистов. Попытки проанализировать данные различных авторов в начале века сделал Port (1920), опубликовав обзор 78 работ по данному вопросу. Позднее подобный анализ проводили Simons (1975), Я.Ю. Попелянский (1976) и Reynolds (1983). Проблеме МБ посвящены фундаментальные работы Е.С. Заславского (1976), Trevell (1989), Г.А. Иваничева (1990), А.А. Скоромец (1990), А.А. Лиева (1992), Ф.А. Хабирова (1995). Несмотря на это, специалисты до сих пор не могут прийти к единому мнению об этиопатогенезе хронической МБ, что порождает терминологические и классификационные разногласия, разночтения диагностических формулировок, неопределенность подходов к терапии и профилактике. Типичным примером в этом отношении может служить миофасциальный болевой синдром (МФБС).

Trevelл и Simons (1989) определяют миофасциальный синдром как боль и/или вегетативные симптомы, отраженные из активных миофасциальных триггерных точек (ТТ), с проявлением дисфункции. Является специфичным для той или иной мышцы или группы мышц.

По определению, рекомендованному Международной ассоциацией по изучению боли (IASP), МФБС представляет собой хронический болевой синдром, возникающий от одного или нескольких триггерных пунктов одной или нескольких мышц позвоночника.

Миофасциальная триггерная точка – это участок повышенной раздражимости, обычно в пределах напряженных (уплотненных) пучков скелетных мышц или в мышечной фасции. Болезненна при сдавлении и может отражать в характерные для нее зоны боль, повышенную чувствительность и вегетативные проявления. Миофасциальные триггерные точки подразделяются на активные и латентные.

Активная миофасциальная триггерная точка – фокус повышенной раздражимости в мышце или ее фасции, проявляющийся в виде боли. Боль отражается в характерные для данной мышцы области в покое и/или при движении.

Латентная миофасциальная триггерная точка – фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, который проявляет болезненность только при пальпации.

Как активная, так и латентная ТТ вызывают дисфункцию.

Целью настоящего исследования было определить структуру факторов риска миофасциального болевого синдрома и выработать комплекс профилактических мероприятий.

Обследовано 112 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет со скелетно–мышечными болями в разных отделах позвоночника, которые полностью соответствовали критериям диагностики МФБС:

I. "Большие" критерии (необходимо наличие всех 5):

- жалобы на региональную боль
- пальпируемый тугой тяж в мышце
- участок повышенной чувствительности в пределах тугого тяжа
- характерный паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств
- ограничение объема движений.

II. "Малые" критерии (необходимо наличие 1 из 3):

- воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при стимуляции триггерных точек
- локальное вздрагивание при пальпации триггерных точек заинтересованной мышцы или при инъекции в триггерные точки
- уменьшение боли при растяжении или при инъекции в мышцу

Использовались клинические методы исследования и методы математической статистики.

В результате исследования не было выявлено половозрастных различий при формировании МФБС. Триггерные точки формировались у пациентов любого возраста и пола. Однако, особенно этому подвержены были женщины среднего возраста, ведущие сидячий образ жизни (25%). У рабочих, чья работа связана с ежедневной физической нагрузкой, активные ТТ формировались гораздо реже, чем у тех людей, которые лишь иногда испытывают физические перегрузки (7%).

Местами локализации ТТ являлись трапецевидная, лестничная, грудиноключичнососцевидная мышцы и мышца, поднимающая лопатку (у 60% пациентов), у 28% – квадратная мышца поясницы и у 12% – жевательные мышцы, мышцы в области глаза.

Причиной возникновения миофасциальных болей послужило сочетание следующих предрасполагающих и провоцирующих факторов:

1. Наличие патологического двигательного паттерна, обусловленного нарушением осанки, походки, аномалиями развития костно–мышечной системы (:

- асимметрия тела за счет разной длины ног (разница в длине ног среди обследованных составила $1,2 \pm 0,4$ см);
- S–образный сколиоз;

- уменьшенные размеры одной половины таза;
 - кифотическая деформация грудного отдела позвоночника;
 - плоскостопие;
 - короткие плечи при удлиненном туловище;
 - длинная вторая плюсневая кость при укороченной первой.
2. Функциональные блокады в позвоночных двигательных сегментах.
 3. Позное напряжение в нефизиологическом положении или длительная иммобилизация.
 4. Перегрузка нетренированных мышц.
 5. Сдавление или растяжение мышц.
 6. Эмоциональный стресс, астенический, тревожный, депрессивный синдромы.
 7. Заболевания внутренних органов.
 8. Общее и местное переохлаждение мышц, часто сочетающееся с физическим перенапряжением.
 9. Слабый мышечный корсет.
 10. Как осложнение вертеброгенного рефлекторного мышечно–тонического синдрома.

Устранение причин, вызывающих боль является и средством профилактики мышечно–скелетной болевой дисфункции.

Пациентам с нарушением осанки проводилась ортопедическая коррекция и создание правильного двигательного стереотипа и мышечного корсета с помощью патогенетического комплекса упражнений.

При синдроме укороченного полутаза пациентам рекомендовалось подкладывать под ягодицы в положении сидя подушечку, призванную компенсировать разность высоты сторон таза.

Для коррекции диспропорции I и II плюсневых костей (стопа Мортон) предлагались специальные стельки с утолщением на 0,3 – 0,5 см под головкой I плюсневой кости. Разную длину ног компенсировали также специальными стельками.

При выявлении функциональных блокад применялись приемы мануальной терапии для восстановления нормальной подвижности (мобилизации) заблокированного сегмента.

Наиболее эффективным способом купирования и профилактики МФБС являлось создание покоя и постизометрическая релаксация пораженной мышцы.

Кроме того использовалась пункция триггерных точек иглой для инъекций с введением новокаина или без него (сухая пункция), ишемическая компрессия триггерной точки пальцем (акупрессура), специальные акупунктурные методики, которые оказывали и мощное антистрессовое действие и сосудорегулирующий эффект.

В комплекс лечебно–профилактических мероприятий включали массаж, физиотерапевтические процедуры (УФО сегментарно и на болевые зоны, электрофорез 0,5%–2% новокаина на область поражения, чрескожную электростимуляцию, ультразвук, тепловые воздействия), медикаментозную терапию (миорелаксанты, ГАМК – эргические препараты, седативные средства, трициклические антидепрессанты и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, вегетотропные препараты), коррекцию заболеваний внутренних органов.

Главной же задачей мер профилактики МФБС являлось создание и закрепление нового оптимального статокинематического стереотипа, обучение пациентов умению владеть своим телом, контролировать состояние своих мышц, создать или укрепить мышечный корсет. Основное внимание при этом отводилось патогенетическому комплексу корригирующих (в том числе с использованием постизометрической релаксации и акупрессуры) и общеукрепляющих упражнений, приводящих при правильном выполнении к исправлению дефектов осанки.

С пациентами проводились образовательные программы, направленные на повышение медицинской культуры, разъяснение причин возникновения мышечных болей и обучение способам их предотвращения.

Результаты исследования показали, что полностью купировать проявления МФБС удалось у 70% обследованных, которые выполняли все предписанные назначения и ре-

комендации, 22% пациентов отмечали уменьшение болевого синдрома и лишь у 8% эффекта от проводимых мероприятий не отмечалось, что обусловлено рядом факторов (игнорирование отдельных назначений, наличие сопутствующих заболеваний, устойчивых к проводимой терапии, низкие мотивационные установки и др.).

Литература

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей /А.Н. Белова. – М.: АНТИДОР, 2007. – 568 с.
2. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль /Г.А. Иваничев. – Казань, 2007. – 390 с.
3. Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. Миофасциальный болевой синдром: руководство. – М.:ГОЭТАР–Медиа, 2011. – 120 с.: ил.
4. Тревелл Дм. Г. Миофасциальные боли /Дж. Г. Тревелл, Д.Г.Симонс. – М.: Медицина, 1989. Т.І. – 255 с. Т.ІІ. – 606 с.
5. Филиппович Н.Ф. Дифференциальная диагностика вертеброгенной миелопатии и миофасциальных болевых синдромов дорсопатии / Н.Ф. Филиппович, А.В. Жегалик, Н.С. Филиппович //ARS MEDICA. – 2009. – № 3 (13) – С. 151–161.