

Свідерський Ю.М.

студент,

Науковий керівник: Корчинський В.С.

професор,

Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

МІОФАСЦІАЛЬНІ СИНДРОМИ У ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

У епідеміології больових синдромів найчастіше зустрічається біль у спині та м'язах – 56 %. Біль спини трапляється у 40-80 % популяції. У віці 20-64 років біль спини турбує 24 % чоловіків і 32 % жінок. Дорсалгію відзначають серед трьох основних причин тимчасової втрати працездатності [7].

Однією з найчастіших причин болю спини є міофасціальний больовий синдром (МФБС). За інформацією Морозової О. Г., близько 84 % дорослих хоча б раз у житті відчували біль у попереку, а 40-70 % – у шиї. Скелетно-м'язовий біль серед хронічних больових синдромів становить близько 30 % [8; 9]. МФБС може виникати як самостійно, так і в структурі вертеброгенного рефлекторного м'язово-тонічного синдрому [3; 8; 11]. У цьому випадку разом із болючим м'язовим спазмом з'являються активні тригерні точки, характерні для міофасціального болю. У разі дорсалгії в складному причинно-наслідковому каскаді болючий м'язовий спазм є одним із облігатних симптомів, що спочатку має компенсаторно-приспосувальний характер, а тому формує власну аналогічну систему та утворює замкнене коло: біль – м'язовий спазм – біль.

Основні причини міофасціальних больових синдромів

Більшість причин міофасціальних больових синдромів уже визначено, оскільки основні провокуючі фактори при будь-яких болях у спині мають багато спільного. Але в таких пацієнтів існує своя специфіка етіологічних причин, і знання про неї істотно полегшує діагностику.

1. Аномалії розвитку чи структурні невідповідності. Основне значення має асиметрія тіла при різній довжині ніг або зменшених розмірах однієї половини таза. Важливими чинниками є плоскостопість, довга друга плеснова кістка при вкороченні першої, короткі плечі при подовженому тулубі.

Різниця в довжині ніг фізіологічна через те, що проявляється у 92% осіб молодого віку. Важливу роль відіграє ступінь її асиметрії. Фактором ризику вважається різниця в довжині ніг, що перевищує 1 сантиметр, тому що вона достовірно корелює з болями в спині. При такій асиметрії на стороні короткої ноги плече опущене і хребет викривлений за S-подібним типом. Здебільше від таких викривлень страждає квадратний м'яз спини з однієї чи обох сторін. Через різницю у висоті надпліччя іноді страждають трапецієподібні та грудинно-ключично-соскоподібні м'язи, а також м'язи-підіймачі лопатки. Саме тому, хворий найчастіше скаржиться на болі в нижній ділянці спини, шії, верхньому квадранті спини і в надпліччях [2; 3]. Довга друга плеснова кістка може сприяти появі больових синдромів у попереку, стегні, коліні, гоміляці, стопі. Така конфігурація стопи спричиняє виражені порушення пози. Щоб відновити її, потрібні значні м'язові зусилля багатьох м'язових груп. Саме внаслідок напруження МФБС і виникають. Короткі плечі є причиною надмірного напруження м'язів плечового пояса й активації в них ТТ. Найбільш схильні до спазмів трапецієподібний м'яз і м'яз-підіймач лопатки.

2. *Позиційне напруження в антифізіологічних положеннях.* Саме неправильне положення тіла при письмі, читанні або роботі з комп'ютером, водінні автомобіля активує ТТ. Особливе значення також мають довге вимушене перебування в одному положенні зі скороченими м'язами при стоянні або сидінні, невміння розслабляти м'язи і давати їм необхідний відпочинок.

3. *Тривала іммобілізація м'язів.* Якщо тривалий час знаходитися в одній і тій самій позі під час глибокого сну, можна активувати ТТ. Саме в цих випадках виникають тягучі, глибокі, погано локалізовані, розлиті болі в спині після підйому з ліжка. Важливе значення має тривала іммобілізація кінцівки після переломів. Після того, як зняти гіпс, м'язи болючі і напружені, спостерігаються «заморожені» суглоби. Вони потребують поступового розтягування, а суглоби – розпрацювання. Після гіпсу біль може з'являтися практично по усій спині, оскільки іммобілізація верхніх і нижніх кінцівок після переломів спричиняє грубе порушення стереотипу рухів усього тіла і виникнення виражених соматичних асиметрій [1; 4; 8].

4. *Стиснення м'язів.* Стиснення м'язів шлейками сумки або лямками рюкзака, тугим комірцем, туго застебнутим ременем, вузькими

джинсами, важким зимовим пальтом, бандажами або корсетами може спричинити активацію ТТ у відповідних м'язах.

5. *Переохолодження м'язів.* Охолодження – це один із найчастіших провокуючих факторів. Його нерідко поєднують з перевантаженням м'язів. Воно буває загальне і місцеве, і обидва відіграють важливе значення (протяг ший, поперека і т. д.).

6. *Психічні фактори.* Емоційний стрес завжди поєднується із м'язовим напруженням, що готує організм до боротьби або втечі. М'язи після припинення стресового впливу все одно часто залишаються в напруженому стані.

Особливу роль відіграють хронічні стресові ситуації, коли багато м'язів обличчя, ший, тулуба знаходяться у вкороченому стані і людина ніби не в змозі на певний час контролювати м'язове напруження і розслабляти м'язи. У цьому стані в пацієнта змінюються навіть хода і стереотип рухів. Стан психіки завжди позначається на рухах, при тому очевидно змінюється психомоторика. Зміна пози спричиняє спазми і перевантаження м'язів, з'являються болі, які ще більше порушують ходу і поставу. Утворюється порочне коло: стрес – зміна рухового стереотипу з надмірним напруженням ряду м'язових груп – біль від напружених м'язів – посилення стресу і проявів порушеного рухового стереотипу.

Тривожність, депресія чи астения тільки посилюють МФБС, наявність больових феноменів погіршують психічний стан хворого. Більше того, при будь-яких емоційно-афективних розладах може послаблюватися низхідна антиноцицептивна імпульсація на структури задніх рогів, в результаті чого спадає больовий поріг і підвищується сприйняття болю [6]. Особи з високою тривожністю сприймають невелику імпульсацію з вісцеральних органів або м'язів як біль, у відповідь на який автоматично відбувається захисне м'язове напруження, в результаті чого біль зростає. При тривожних розладах виявляються надмірно активовані клітини передніх мотонейронів, що спричиняє м'язовий спазм і активацію тригерів.

7. *Хвороби вісцеральних органів і суглобів.* Хвороби вісцеральних органів – одна з причин розвитку МФБС, що зустрічаються найчастіше. МФБС супроводжують фактично будь-яку соматичну патологію. Больова імпульсація з ураженого вісцерального органа або суглоба викликає захисне напруження відповідних м'язів для іммобілізації суглоба або створення м'язового напруження навколо хворого утвору. Так, ішемічна хвороба серця з нападами стенокардії або інфаркт міокарда, зазвичай,

асоціюються з виникненням МФБС у драбинчастих, малому і великому грудних, підключичних м'язях. Від тригерів, активованих у названих м'язях, біль іррадіює у відповідні зони відображеного болю. Наприклад, при ураженні драбинчастого м'яза біль може бути у спині, зокрема у над-, під- і міжлопаткових ділянках. Захворювання шлунково-кишкового каналу здебільшого супроводжується МФБС із залученням паравертебральних м'язів. Те саме стосується патології нирок. Часто гінекологічна патологія є наслідком таких синдромів із залученням м'язів тазового дна. При ній хронічний біль відчувається не тільки внизу живота, а й у попереку та в ділянці крижів [5; 12].

МФБС, що супроводжують вісцеральну патологію, змінюють картину больових проявів і нерідко ускладнюють діагностику. Після уривання соматичного захворювання вони здебільшого залишаються і продовжують турбувати хворого.

8. Перевантаження нетренованих м'язів. МФБС більш характерні для осіб розумової праці. Слабкий м'язовий корсет вважається одним із серйозних чинників ризику. При незвичній тривалій роботі слабких і нетренованих м'язів у них утворюється хворобливе м'язове напруження й активуються ТТ. Здебільшого такі пацієнти звертаються до лікаря після сезонних сільськогосподарських робіт або після весняно-літнього повернення до улюблених видів спорту.

9. Розтягнення м'язів. Розтягування з подальшим спазмом м'язів при раптовому, невдалому повороті, кидку, стрибку – одна з найбільш звичних причин активації тригерів. Кидки в баскетболі, подача у великому тенісі, метання списа або ядра погано позначаються на непідготовлених м'язях.

10. Забиття м'язів. Пряме забиття м'яза може активувати тригери, які лишаються в активному стані після регресу гематоми.

Діагностика МФБС

Діагностика МФБС достатньо складна. Лабораторні та інструментальні діагностичні процедури проводяться з метою виключення захворювання, що мають схожі клінічні і при ознаках компресійного (радикулярного, мієлопатичного) синдрому. З цією ж метою для уточнення діагнозу застосовують методи нейровізуалізації (комп'ютерна і магнітно-резонансна томографія), рентгенографію, електроміографію. М'язовий біль потребує перш за все виключення запальної етіології, а також вертеброгенних компресійних корінцевих і спінальних уражень. Діагностика МФБС вимагає правильної техніки

пальпації для знаходження ТТ. Рекомендують розтягувати м'язи за довжиною на межі стимулювання болю, а у процесі цього серед ослаблених м'язів пальпується сухожилля у вигляді тугого шнура, вздовж якого й знаходиться найбільш больова точка (натискання на неї викликає відображений біль) [10].

Лікування МФБС повинно бути комплексним, впливати на основні етіологічні чинники, патогенетичні механізми і, як належить, застосовуватись як симптоматичне.

Больові синдроми спини досить поширені. Як правило найчастіше причиною болю є МФБС. Характерними біомеханічними особливостями хворих з МФБС являються: виникнення великої кількості хворобливих тригерних точок в м'язах шийного, поперекового відділів хребта, що проявляються болем, спазмом і зниженням сили м'язів, обмеженням обсягу рухів. Складність будови хребта, важливість виконуваних ним функцій, різноманітність варіантів по локалізації та ступеню МФС, ступеня ушкодження міжхребцевих дисків і тісно пов'язаних з ним судинних і нервових утворень, надає багатосимптомність і велику варіабельність клінічних проявів.

Список використаних джерел:

1. Алексеев В. В. Алгоритмы диагностики и лечения пациентов с болевыми синдромами в пояснично-крестцовой области / В. В. Алексеев, Е. В. Подчуфарова, Н. И. Яхно // *Боль*. – 2006. – № 2(11). – С. 29–37.
2. Ван Роенн Дж. Х. Диагностика и лечение боли / Дж. Х. Ван Роенн, Дж. А. Пейс, М. I. Преодер. – М.: Бином, 2012. – 494 с.
3. Веселовський В. П. Вертеброневрологія / В. П. Веселовський, В. М. Шевага, С. С. Пшик. – Львів: Світ, 1992. – 192 с.
4. Воробьева О. В. Хронические болевые синдромы в клинике нервных болезней: вопросы долговременной анальгезии / О. В. Воробьева // *Consilium medicum*. – 2006. – Т. 8. – № 8. – С. 55–60.
5. Губенко В. П. Мануальная терапия в вертеброневрологии / В. П. Губенко. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Медицина, 2006. – 495 с.: ил.
6. Данилов А. Б. Нейропатическая боль / А. Б. Данилов, О. С. Давыдов. – М.: Боргес, 2007. – 192 с.
7. Зозуля И. С. О сенсорно-мышечно-тоническом (миофасциальном) синдроме и его лечении / И. С. Зозуля, К. О. Бредихин, О. В. Бредихин, А. И. Зозуля // *Международный неврологический журнал*. – 2009. – № 6. – С. 66–71.

8. Морозова О. Г. Патогенетический подход к терапии миофасциальной болевой дисфункции / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 1–4.

9. Морозова О. Г. Миофасциальная болевая дисфункция: принципы диагностики и терапии / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Здоров'я України. – 2008. – № 13–14. – С.1–7.

10. Хоматов В.Х. Аносов І.П. Словник анатомічних термінів: посібник. – К.: Вища шк., 1997.

11. Шевага В. М. Остеохондроз хребта: від патогенетичного обґрунтованого діагнозу характеру больового синдрому до ефективного лікування / В. М. Шевага // Международный неврологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 40–44.

12. URL: <http://msvitu.com/archive/2017/august/article-1.php>