

Розглядаються загальні питання про триггерні точки і міофасціальний синдром.

Рассматриваются общие вопросы о триггерных точках и миофасциальном синдроме.

General questions are examined about trigger points and myofascial syndrome.

Особливі зміни м'язів, підшкірної клітковини, фасції і окістя, що виявляються при пальпації і вирізняються інтенсивною болючістю, відомі давно. У літературі вони мають різні назви: фіброзит, періостит, фіброз, нейродистрофія, міалгія, фіброміалгія, м'язовий ревматизм, вузлики Мюллера-Корнеліуса, міогілози Шаде-Ланга, локальний м'язовий гіпертонус, триггерні точки та інші (всього більше 25 назв) [2,4].

Найбільш детально згаданий феномен досліджений в м'язовій тканині. У сучасній літературі під локальним гіпертонусом м'яза або міофасціальною триггерною точкою розуміють гіперчутливу ділянку в ущільненому тяжі скелетного м'яза або фасції [3].

Триггерні точки є високоактивними феноменами, сприйнятливими до механічної стимуляції, що беруть участь в різноманітних м'язово-тонічних і вегетативних реакціях. Вони виявлені практично у всіх м'язких тканинах, але переважають у великих скелетних м'язах, що виконують статичні функції. Триггерні точки можуть розглядатися як фізіологічна модифікація периферичних рецепторних систем. Приводом для клінічної маніфестації триггерних точок може бути тонічна активність м'яза, рецидиви хронічних вісцеральних захворювань, переохолодження і алергія. Триггерні точки можуть сприяти як спазму, так і розслабленню різних м'язових груп [1].

Скелетні м'язи частіше, ніж це вважалося раніше, спричиняють больовий синдром. Добре відома тонічна напруга м'язів (м'язовий захисний спазм), у відповідь на больову імпульсацію, яка виникає з різних причин (захворювань внутрішніх органів, хребта і пов'язаних з ним структур, суглобів, зв'язкового апарату і ін.). У свою чергу м'язовий спазм призводить до посилення стимуляції больових рецепторів м'яза і виникає замкнене коло: біль – м'язовий спазм - посилений біль - болісний м'язовий спазм. Проте разом з вторинною рефлекторною відповіддю м'яза у вигляді тонічної реакції він може страждати первинно, будучи єдиним джерелом болю. Болі, пов'язані з первинною дисфункцією скелетних м'язів, часто залишаються не розпізнаними, що пов'язане як з об'єктивними діагностичними труднощами, так і з малою інформованістю лікарів про міофасціальні болі [2].

Скоротлива м'язова тканина дуже схильна до зношення в результаті щоденної активності. Недостатнє розслаблення м'язового каркасу призводить до формування локального гіпертонусу. Найбільш відомою теорією походження триггерних точок є концепція Дж. Г. Тревелла і Д. Г. Сімонса, яка зводиться до наступного: при пошкодженні саркоплазматичного ретикулуму в м'язовому волокні виникає ділянка локального підвищення концентрації іонів кальцію, які, використовуючи енергію АТФ, викликають скорочення окремих саркомерів, що і формує ділянку стійкої контрактури. У зону мікротравми виділяється велика кількість тромбоцитів - джерела серотоніну та інших біологічно активних речовин, які сприяють судинному спазму і хімічній сенсibiлізації рецепторів.

Клінічно триггерні точки – це ділянка підвищеної чутливості в межах локального м'язового ущільнення, що виявляється різкою болючістю при пальпації. Виділяють активні і латентні триггерні точки. Латентна триггерна точка болюча тільки при пальпації. Активна триггерна точка проявляється у вигляді спонтанного відображеного болю у спокої і/або при русі. Активна триггерна точка дуже чутлива, і безпосереднє її стискання призводить до інтенсивного болю під пальцем дослідника і головне - відтворює біль у зоні іррадіації. Гостре або хронічне перевантаження м'яза сприяє переходу латентної триггерної точки в активну. Латентна триггерна точка може існувати протягом багатьох років, періодично викликаючи гострі напади болю при незначному перерозтягуванні, перевантаженні чи переохолодженні м'яза. Незалежно від активності триггерні точки викликають дисфункцію м'яза. М'яз, в якому сформувалися одна та більше триггерних точок, втрачає здатність до розтягування, що обумовлює важкість і обмеженість рухів за участю цього м'яза. Міофасціальні триггерні точки викликають різні за важкістю симптоми: від болючого обмеження руху при латентних триггерних точках до сильного болю - при активних. Латентні триггерні точки зустрічаються значно частіше, ніж активні [2,4].

Триггерні точки - патогномонічна ознака міофасціального синдрому. Міофасціальний синдром проявляється болем і/або вегетативними симптомами, віддаленими (іррадійованими) від ураженого

м'яза, причому локалізація болю є специфічною для того або іншого м'яза або групи м'язів. Міофасціальний синдром може розвинутися у людини будь-якого віку, але частіше страждають особи середнього віку, які ведуть малорухомий спосіб життя. Вважається, що міофасціальні триггерні точки - основне джерело захворювань в скелетних м'язах у дітей. Жінки більш схильні до розвитку міофасціального синдрому, ніж чоловіки [3,4].

До розвитку міофасціального синдрому можуть призводити найрізноманітніші причини: розтягнення м'язу, прямий забій м'язу, повторна мікротравматизація, невдалі, різкі повороти, надмірна маса тіла, гіподинамія, важка фізична праця, аномалії розвитку скелета, тривале перебування в антифізіологічній позі, «позне» перенапруження, тривала іммобілізація м'язів, переохолодження м'язів, тривала вібрація всього тіла, емоційний стрес.

Крім того, міофасціальні синдроми можуть ускладнювати різні больові феномени, наприклад хвороби вісцеральних органів, суглобів або хребтового стовбура. Міофасціальні синдроми змінюють патерн первинного больового синдрому, що може викликати труднощі в діагностиці основного захворювання. Після купірування первинного больового синдрому, викликаний ним міофасціальний синдром зазвичай залишається і продовжує турбувати хворого. Тому при больових синдромах не м'язового походження завжди потрібно ретельно проводити пошук можливого міофасціального синдрому [2].

За відсутності підтримуючих чинників триггерні точки можуть спонтанно зникнути, якщо м'яз зберігає стан спокою протягом декількох днів. Навпаки, негативні чинники, а найголовніше - збереження дії первинного патогенного чинника сприяють формуванню вторинних триггерів і збільшенню зони больового синдрому. Таким чином, своєчасна діагностика істотно покращує прогноз. Труднощі полягають у технічних засобах для об'єктивної діагностики і встановленні диференціального діагнозу (остеохондроз, корінцевий синдром) [3,4].

Біль - основний клінічний симптом триггерних точок. Дослідження дозволяє виділити в товщі локального гіпертонусу м'язів триггерну точку - ядро діаметром 1.5 - 3 мм, з інтенсивною болючістю, яка значно менше виражена в декількох міліметрах від його межі. Звичайно це тупий біль, локалізований в глибині тканин. Він може виникати у спокої або тільки під час рухів. Його інтенсивність варіює від відчуття легкої важкості до сильного і нестерпного болю. Біль може обмежувати рухові можливості хворого. Але головна особливість міофасціального болю - це його локалізація. Біль виникає віддаленно від триггерних точок або навіть самого м'яза, що її зумовив. Для кожного м'яза існує досить чітко окреслена зона іррадіюваного болю і досить стабільне розташування триггерних точок [3,4].

Діагностика міофасціального синдрому ускладнюється тим, що, як правило, больова зона обумовлена не одним, а декількома активними триггерами, які розташовані в суміжних м'язах або м'язах-антагоністах. Вторинні триггери закономірно формуються і в м'язах-синергістах, які постійно переобтяжені внаслідок зниження навантаження на уражений м'яз. Не дивлячись на "розростання" больової зони з перебігом хвороби, вона залишається асиметричною і практично не переходить на іншу половину тіла. Сенситивність активних триггерів постійно варіює, що клінічно виявляється в коливанні вираженості проявів болю ("хороші" і "погані" дні). Зазвичай ділянка, в якій хворий відчуває відображений біль, болюча при пальпації, а іноді навіть при слабкому дотику [4].

Міофасціальний біль виникає гостро або поступово. При гострому болю важливо з'ясувати, який рух призвів до його виникнення, і протестувати м'язи, що беруть участь у цьому русі. При поступовому розвитку болю важливий огляд м'язів, що хронічно перевантажені.

Активні триггерні точки можуть викликати також не больові феномени. Найчастіше зустрічаються вегетативні симптоми: локальний спазм судин, локальний гіпергідроз, піломоторна активність. Парестезії можуть бути еквівалентами больових феноменів у відображеній зоні [3].

Враховуючи актуальність даної проблеми, вважаємо за доцільне активно інформувати про етіологію та патогенез триггерних точок лікарів-клініцистів і фахівців з фізичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бюлер М., Шайдхауер Х. Лечение триггерных точек. Теоретические аспекты и примеры из практики - ЛФК и массаж №3 (6), 2003
2. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. – Казань. – Издательство Казанского университета. – 1990.
3. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. / Пер. С англ. - М., Медицина, 1989.
4. Davies, Clair; Davies, Amber (2004). The Trigger Point Therapy Workbook (2nd Ed.). USA: New Harbinger Publication, Inc., 2003.