
ПРИЧИНЫ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Е.С. Болясная

магистрант факультета заочного обучения и дополнительного образования
Сибирского государственного университета физической культуры и спорта
E-mail: ekaterinabolynaya@yandex.ru

Миофасциальный синдром — это болезненное состояние, для которого характерна боль в любой части тела и болезненные мышечные напряжения с локальными уплотнениями — триггерными точками.

Миофасциальная боль возникает при сочетании предрасполагающих и провоцирующих причин. Причины, обуславливающие (способствующие) активацию мышечных болевых рецепторов и развитие миофасциального болевого синдрома (далее — МБС) многообразны.

Немалые физические и психические нагрузки в современном спорте, без которых невозможны высокие спортивные достижения, нередко приводят к перенапряжению различных систем организма спортсменов. Одним из таких отрицательных проявлений является миофасциальный болевой синдром, который встречается у спортсменов достаточно часто. Так у спортсменов скоростно-силовых видов спорта под влиянием больших тренировочных нагрузок, когда снижается сократительная способность мышц и нарастает активная недостаточность, может возникать болевой синдром в околопозвоночных мышечных структурах. Одной из причин возникновения болевого синдрома является накопление в мышцах и в межпозвоночных структурах продуктов метаболизма, когда скорость образования этих веществ превышает скорость их выведения. Попадая в межклеточную жидкость, эти продукты воздействуют на болевые рецепторы лица активно занимающего физической культурой и спортом[5, с. 117].

К условиям, предрасполагающим (провоцирующим) к развитию МФБС у спортсменов можно отнести: раннее начало занятий спортом; интенсивный режим тренировок; силовая сверхнагрузка; отсутствие реабилитационных программ в ходе тренировок; «стремительное» начало занятий, неподготовленность спортсмена к резкому напряжению мышц (например, неудачный поворот, бросок, прыжок); возобновление чрезмерных тренировочных нагрузок после длительного перерыва и др.

Причиной появления МБС может стать перенапряжение мышц при физиологических положениях тела, связанное с особенностями профессиональной деятельности (работа за компьютером, в офисе, длительное вождение автомобиля, использовании мебели, не обеспечивающей поддержание нормальной позы и т.д.). Так, регулярная продолжительная работа с использованием компьютера может негативно сказываться на состоянии позвоночника и тех мышц, которые его окружают. Вред в основном провоцируется — неподвижностью позы. В результате статичного положения постепенно ослабевает мышечный корсет позвоночника. Определенные мышцы совершенно выключаются из работы, другие же постоянно остаются в напряжении. В результате может произойти развитие миофасциального болевого синдрома, при котором в мышце формируются ограниченные болезненные уплотнения — триггерные точки. Триггерные точки может активировать также долгое сохранение однообразной позы во время глубокого сна[2, с. 21].

МБС может развиваться в результате перегрузки (долгого напряжения) недостаточно тренированных мышц, которая может произойти, например, при работе на дачном участке. Для организма некомфортно целую неделю вести малоподвижный образ жизни, а в выходной активно

работать на дачном участке. Например, перекопка огорода, прополка в согнутом виде вниз головой, перетаскивание тяжелых ведер, работа в дышащей жаром теплице, на солнце. Если в спортивном зале специально сконструированные тренажеры и опытные тренеры не дадут человеку навредить себе, то лопата в одной позе, да ещё и на одну руку в виде тяжелой изнурительной работы — может привести к появлению болей в различных частях тела.

Эмоциональное перенапряжение — весомая и весьма значимая причина, усиливающая патологическое мышечное напряжение. Многократный или хронический стресс, тревога, другие психоэмоциональные реакции сопровождаются повышенным мышечным напряжением. Возникающие мышечно-тонические состояния, сохраняющиеся после перенесенного эмоционального всплеска, способны провоцировать миофасциальный болевой синдром. Мышцы после прекращения воздействия эмоциональных стрессоров часто остаются в спазмированном состоянии. Особенно важную роль играют хронические стрессовые ситуации с высоким уровнем тревожных расстройств, сопровождающихся мышечным напряжением, а также депрессивные состояния, при которых меняется стереотип движений, осанка, поза, что может приводить к формированию мышечных спазмов и МБС[4, с. 75].

Переохлаждение также может обуславливать появление МБС. Тепло в организме вырабатывают именно мышцы: при активных движениях человеку становится жарко, а замёрзнув, он дрожит от холода. Дрожь — это предельно интенсивная работа мышц по выработке тепла. Сильное переохлаждение способно вызвать перегрузку, приводящую к патологическому напряжению и болевому миофасциальному синдрому.

К появлению МБС может привести нарушение обмена веществ — избыточный вес, гормональная недостаточность, анемии, низкий уровень гемоглобина, витаминов, кальция, натрия и железа. Кроме того, роковое влияние на обменные процессы оказывают различные токсины: начиная от вирусных и микробных (например, мышечная ломота в теле при простуде), заканчивая токсическими продуктами курения, алкоголя или наркотиков. В общем, любая интоксикация серьёзно нарушает питание мышечных клеток, приводит к перенапряжению и развитию миофасциального синдрома[3, с. 73].

Болезни внутренних органов и суставов также могут быть причиной МБС. Практически любая соматическая патология может сопровождаться миофасциальными болевыми синдромами. Болевая импульсация с пораженного висцерального органа или сустава приводит к защитному напряжению соответствующих мышц. Ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии или инфарктом миокарда, как правило, сопровождается МБС в лестничных, малой и большой грудных, подключичной и трапециевидной мышцах. От триггеров, активирующихся в перечисленных мышцах, боль иррадирует в соответствующие зоны отраженных болей[6, с. 56]. Так, при поражении лестничной мышцы боль может ощущаться в спине, в частности в межлопаточной области. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта (например, язвенной болезни желудка) развивается миофасциальный болевой синдром с вовлечением паравертебральных мышц. Нередко причиной МБС с вовлечением мышц тазового дна является гинекологическая патология.

Нередко МБС характерны для людей, имеющих аномалии развития костно-мышечного скелета: нарушения осанки и походки, а также аномалии развития: асимметрия тела за счет разной длины ног; S-образный сколиоз; уменьшенные размеры одной половины таза; кифотическую деформацию грудного отдела позвоночника; плоскостопие; короткие плечи при удлинённом туловище; длинную вторую плюсневую кость при укороченной первой.

МБС может появиться в результате прямого ушиба (растяжения) мышцы, непосредственного сдавливания трапециевидных мышц, широчайшей мышцы спины, грудино-ключично-сосцевидной мышцы и др.

Миофасциальный болевой синдром может развиваться даже вследствие таких на первый взгляд незначительных факторов, как ношение неудобной и давящей одежды (например, очень туго затянутый пояс, сдавливающий воротник), а также тяжелых сумок на одном плече[1, с. 32].

Значительное количество больных с хронической миофасциальной болью страдают витаминной недостаточностью. Витаминная недостаточность усиливает раздражимость миофасциальных триггерных точек посредством ухудшения метаболизма, поставляющего энергию для сокращения мышц, и за счет усиления раздражимости нервной системы.

Миофасциальному синдрому подвержены люди, входящие в «группы риска»: ведущие малоподвижный образ жизни; имеющие избыточный вес или ожирение; занятые работой, сопровождающаяся вибрационными процессами; переболевшие инфекционными заболеваниями.

В связи с вышесказанным важно в первую очередь избавиться от причины возникновения синдрома, так как сам проявившийся спазм и образовавшиеся триггерные точки зачастую бывают лишь последствием прочих болезней. Поэтому установление причин появления миофасциальной боли важный этап в процессе диагностики, а также последующего лечения и реабилитации пациентов с МБС.

Библиография

1. Годзенко, А.А. Актуальные вопросы терапии миофасциального синдрома // Лечащий врач. — 2012. — № 5. — С. 30-35.
2. Данилов А.Б., Курганова Ю.М. Офисный синдром // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 3. — С. 21-23.
3. Кузьменко И.В., Лемешко Е.В. Миофасциальный болевой синдром: современные представления и проблематика // Новости медико-биологических наук. — 2023. — Т. 23. — № 1. — С. 71-82.
4. Малахов И.С., Хамцова Е.И. Психологические аспекты болевых синдромов в практической неврологии // Актуальные проблемы современной неврологии: сборник трудов научно-практической конференции. Смоленск, 2005. — С. 74-76.
5. Черкасов А.Д., Клюжев В.М., Нестеренко В.А., Петухов В.Б. Причины миофасциального болевого синдрома в области спины при занятиях спортом // Международный журнал экспериментального образования. — 2013. — № 7. — С. 116-120.
6. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Миофасциальный болевой синдром: диагностика и лечение // Клиницист. — 2010. — № 1. — С. 55-59.

Сведения об авторе: Магистрант факультета заочного обучения и дополнительно образования Сибирского государственного университета физической культуры и спорта Болясная Екатерина Сергеевна, г. Омск, ekaterinabolynasna@yandex.ru