

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Реферат

На тему: «Миофасциальный болевой синдром»

Выполнила: ординатор 2 года обучения

Специальности Неврология 213гр

Верхотурова Татьяна Владимировна

Содержание

1. Введение
2. Основные причины миофасциального синдрома
3. Диагностика МФС
4. Дифференциальный диагноз
5. Лечение МФС

Введение

Миофасциальный синдром (МФС) - болевой синдром, характеризующийся мышечной дисфункцией с формированием локальных болезненных уплотнений в пораженных мышцах.

Миофасциальный болевой синдром (МФС) может возникать в результате антифизиологической перегрузки мышечного аппарата.

Основные причины миофасциального синдрома:

1) Растяжение мышцы: происходит при выполнении "неподготовленного" движения: неудачный прыжок, поворот и т.д. Болевой синдром развивается быстро, и больной помнит, какое движение привело к боли.

2) Повторная микротравматизация: микротравмы мышц чаще всего возникают при выполнении профессиональных стереотипных движений и хронической перегрузке мышц или при длительной работе нетренированных мышц.

3) Полное перенапряжение: возникает при длительном пребывании в антифизиологической позе (работа в неправильной позе за компьютером, использование неудобной мебели, профессиональная деятельность, требующая стационарной позы).

4) Переохлаждение мышцы: низкая температура способствует мышечному спазму

5) Эмоциональный стресс: сопровождается мышечным напряжением и, следовательно, может активировать триггерные точки. Мышцы могут

находиться в спазмированном состоянии и после прекращения воздействия стрессорного агента.

Существует ряд теорий патогенеза миофасциальной боли. Теория ишемического спазма мышц получаем наиболее широкое распространение и предполагает, что исходный стимул - острая или хроническая перегрузка мышцы приводит к микроповреждению тканей, в результате чего высвобожденный внутриклеточный кальций инициирует и поддерживает мышечное сокращение, которое служит источником боли. Накопление медиаторов воспаления, серотонина, простагландинов активируют болевые рецепторы, что в свою очередь поддерживает рефлекторное сокращение мышцы. На фоне локального нарушения кровотока в спазмированной мышце происходит накопление молочной кислоты, которая служит дополнительным источником сенситизации нервных окончаний. Формируется порочный круг боли с участием микроповреждения, локального воспаления и мышечного спазма. В создавшихся условиях происходит формирование триггерных точек ("myofascial trigger point") - патогномоничных для миофасциального синдрома.

Выделяют активные и латентные триггерные точки. Активная триггерная точка является непосредственным источником боли. Латентная триггерная точка проявляется болью только при ее пальпации. Пальпаторное воздействие на триггерную точку вызывает боль в удаленном, но строго определенном месте, так называемый «болевого паттерн». Пациент непроизвольно пытается устранить вызвавший боль раздражитель - "симптом прыжка", который является характерным признаком миофасциального синдрома.

Мышца, в которой сформировались одна и более активных или латентных триггерных точек, становится менее растяжимой, что обуславливает затрудненность и ограничение движений с участием этой мышцы. Нарушение сна - практически постоянный симптом МФС, обусловленный усилением болевого синдрома за счет полного напряжения.

Миофасциальный синдром может носить вторичный характер и развиваться на фоне вертеброгенной патологии. Физиологическая обоснованность напряжения мышц, которая следует за болью в результате дегенеративных и воспалительных изменений в структурах позвоночника (суставах, связках, межпозвонковых дисках и др.) заключается в иммобилизации пораженного участка, создании мышечного корсета с формированием мышечно-тонического синдрома. Длительно существующий мышечно - тонический синдром приводит к развитию мышечной дисфункции с развитием миофасциального синдрома. В некоторых случаях миофасциальный синдром является проявлением радикулопатии, а также сдавление нервного ствола рядом расположенной спазмированной мышцей приводит к появлению неврологической симптоматики.

Диагностика МФС.

Большие критерии: **ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК-«СИМПТОМ ПРЫЖКА»** (больной подпрыгивает при нажатии на «курковую зону»

- 1) жалобы на локальную или региональную боль
- 2) ограничение объема движений
- 3) пальпируемый в пораженной мышце "тугой" тяж
- 4) участок повышенной чувствительности в пределах "тулого" тяжа (триггерная точка)

5) характерная для данной пораженной мышцы зона отраженной боли

Малые критерии:

- 1) воспроизводимость боли при стимуляции триггерных точек
- 2) вздрагивание при пальпации триггерной точки пораженной мышцы
- 3) уменьшение боли при растяжении пораженной мышцы

Дифференциальный диагноз миофасциальных синдромов необходимо проводить с основными патологическими состояниями, сопровождающимися мышечными болями, в первую очередь с фибромиалгией (ФМ), которая длительное время была синонимом миофасциальных болей. Фибромиалгия

характеризуется диффузной, симметричной болью в туловище и конечностях, наличием специфических «чувствительных» точек. При фибромиалгии (в отличие от миофасциальных болей) давление на болезненные точки не вызывает мышечного напряжения и распространения боли в другие области. Болевые точки обычно располагаются в затылочной области, шее, межлопаточной области, пояснице, ягодицах. У больных с фибромиалгией часто отмечаются астения, депрессия и болевые синдромы другой локализации.

В лечении миофасциального болевого синдрома применяют комплексный подход. Он включает воздействия на все уровни, вовлеченные в формирование порочного круга болевого синдрома.

Первостепенное значение приобретают методы местного воздействия на измененные мышечно-связочные структуры в сочетании с применением миорелаксантов и нестероидных противовоспалительных препаратов.

ЛЕЧЕНИЕ МИОФАСЦИАЛЬНОГО СИНДРОМА:

- 1.Создание покоя пораженной мышце
- 2.Миорелаксанты (сирдалуд 4-6 мг в сутки)
- 3.Локальные инъекции анестетиков в область триггерных точек
- 4.Аппликации гелей и мазей (финалгон, финалгель и др.)
5. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
(вольтарен 100 мг/сут)
- 6.Иглорефлексотерапия
- 7.Горячее влажное обертывание пораженной мышцы
- 8.Упражнения на растяжение мышц + мягкие миорелаксические техники, расслабляющий массаж
- 9.Лечение основного заболевания (при вторичном МФС)

Рецензия

На реферат ординатора второго года обучения кафедры нервных болезней с курсом ПО

Верхотуровой Татьяны Владимировны

Тема: «Миофасциальный болевой синдром»

Болезнь Альцгеймера — прогрессирующая форма сенильной деменции, приводящая к полной утрате когнитивных способностей, развивающаяся преимущественно после 60-65 лет. Клинически проявляется возникающим исподволь и постоянно прогрессирующим расстройством когнитивных способностей: внимания, памяти, речи, праксиса, гнозиса, психомоторной координации, ориентации и мышления. Диагностировать болезнь Альцгеймера позволяет тщательный сбор анамнеза, а также исключение других типов деменции. Лечение является паллиативным, включает медикаментозную (ингибиторы холинэстеразы, мемантин) и психосоциальную (арт-терапия, психотерапия, сенсорная интеграция, симуляция присутствия) терапию.

В данной работе подробно рассмотрены общие особенности, основные причины миофасциального синдрома, диагностика, дифференциальный диагноз и лечение миофасциального болевого синдрома.

Реферат информативен, структурирован и содержателен, соответствует требованиям, предъявляемым данному виду работ.

Ассистент кафедры нервных
болезней с курсом ПО
Субочева С.А.