



Алгоритм терапії міофасціального больового синдрому

Міофасціальний больовий синдром (МФБС), що характеризується розвитком м'язової дисфункції та формуванням локальних хворобливих ущільнень в уражених м'язах, негативно впливає на якість життя пацієнта і потребує адекватного лікування.

В лютому відбулася науково-практична конференція «Академія сімейного лікаря. Для кого небезпечні сезонні інфекції? Загроза сезонних інфекцій. Погляд пульмонолога, інфекціоніста, алерголога, ендокринолога, кардіолога, педіатра», під час проведення якої слово мала **професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії Міністерства оборони України, кандидат медичних наук Мар'яна Миколаївна Селюк** із доповіддю «МФБС. Сучасні проблеми в практиці сімейного лікаря».

МФБС – поширена патологія, з якою сімейний лікар зустрічається досить часто. За даними Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), гострий біль може виникати в людини в середньому до 10 р/рік. Найпоширенішими є головний біль (73%), біль у спині (56%), м'язовий біль (56%).

МФБС – патологічний стан, зумовлений м'язовою дисфункцією, що характеризується болем і тривалим, а також стійким напруженням м'яза із формуванням у ньому болісних ущільнень (т. зв. тригерних точок). МФБС часто має хронічний перебіг. Захворювання може провокувати появу болю різного ступеня інтенсивності в кінцівках, шиї та спині.

Причинами МФБС є порушення рухового стереотипу (перенапруження різних груп м'язів), постави та ходи, сколіоз, сутулість, кіфотична деформація грудної клітки, синдром короткої ноги, плоскостопість.

Чинники ризику МФБС – важка фізична праця, тривалі статичні навантаження, різке повертання тулуба, вібрація, тривале неправильне положення тіла, переохолодження м'язів, фізичне перенапруження, гострий і хронічний емоційний стрес (емоційне напруження супроводжується напруженням м'язів), тривала іммобілізація кінцівок після переломів.

Міофасціальна дисфункція може ускладнювати хвороби висцеральних органів і суглобів. Водночас слід пам'ятати, що саме ці патологічні стани провокують виникнення МФБС. Наприклад, ішемічна хвороба серця може формувати та активувати тригерні точки в драбинчастих, малому й великому грудному м'язах. За наявності гінекологічних хвороб больові відчуття, зумовлені напруженням м'язів, з'являються внизу живота, в попереку, крижах. Хвороби шлунково-кишкового тракту супроводжуються міофасціальним болем у паравертебральних ділянках. У деяких хворих із хронічним

МФБС виявлено вітамінну недостатність, особливо вітамінів групи В, фолієвої, аскорбінової кислот.

МФБС має дві стадії – алгічну та тригерну. Для алгічної стадії характерні скарги на сильний біль, що з'являється або посилюється при навантаженнях. Біль зменшується або припиняється при масажі, дії тепла, зміні положення тіла чи після постізометричної релаксації (ППР). Під час пальпації зони ураження зазвичай немає чіткої межі, що визначає ділянку болю. М'язовий тонус над зоною ураження зазвичай підвищений. Тест на активне скорочення ураженого м'яза негативний, але на розтягнення – позитивний. При вібрації іррадіація болю відсутня.

За тригерної стадії МФБС біль в ураженому м'язі посилюється під час навантажень. При пальпації тригерних зон міофіброзу в товщі скелетних м'язів, а також у місцях переходу в сухожилля виявляються локальні болісні ущільнення різних розмірів. У разі вібраційного подразнення м'яза з'являється імпульсний біль з іррадіацією в навколишні тканини. Тест на активне скорочення та пасивне розтягування позитивний. Після проведення сеансу ППР ділянки ущільнення м'язової тканини не зазнають якісних і кількісних змін.

Під час діагностики МФБС слід урахувати великі (обов'язкові) та малі критерії. До великих критеріїв належать скарги на регіональний біль, наявність тугого тяжу в м'язі при пальпації, ділянка підвищеної чутливості в межах тугого тяжу, характерний патерн відображеного болю або розладів чутливості (парестезій), обмеження обсягу рухів. Також слід звертати увагу на малі критерії (можуть змінюватися, але необхідна наявність хоча б одного із трьох), як-от виникнення болю чи розладів чутливості під час стимуляції (пальпації) тригерних точок, локальне скорочення при пальпації тригерних точок, зменшення болю за розтягнення м'яза або ін'єкції у місце ураження.

Також для діагностики МФБС використовуються критерії Тревелл та Симонса, до яких належать такі: зв'язок болю із фізичним перевантаженням, позотонічним напруженням або переохолодженням; наявність у м'язах болісних потовщень; відсутність гіпотрофії чи атрофії м'язів; поширення болю у віддалені від напруженого м'яза ділянки; «симптом стрибка» (пальпація в межах напружених м'язів зумовлює ще більше м'язове потовщення, болючість); виявлення відображеного болю під час стискання чи прокалювання тригерних точок; зникнення симптомів унаслідок специфічного місцевого впливу на напружений м'яз. Серед зазначених критеріїв одним з основних пунктів діагностики є знаходження активної тригерної точки та поява болю.

Під час лікування МФБС слід пам'ятати, що спазм м'язів – рефлекторна реакція у відповідь на біль, при цьому м'яз, скорочуючись, посилює біль. Іншими факторами, котрі посилюють біль, є емоційний стрес, а також дегенеративні зміни, локальна ішемія в тканинах.



М.М. Селюк

Лікування МФБС передбачає реабілітацію способу життя (рекомендовано уникати перенапруження та значних навантажень на хребет і м'язи, а також ліжкового режиму, який негативно впливає на процес реабілітації), медикаментозне лікування (аналгетики/НПЗП, міорелаксанти, високодозові вітаміни групи В).

Ефективним засобом для симптоматичного лікування спастичності є толперизон (препарат Мідокалм®) – міорелаксант центральної дії. Використовується як при м'язових спазмах центрального (за розсіяного склерозу, бокового аміотрофічного склерозу, інсульту), так і периферичного генезу (в разі люмбоішіалгії, спондилоартритів, міофасціального болю). Толперизон – центральний антагоніст нікотинічних рецепторів, інгібітор мультинейронних синапсів, натрієвих і кальцієвих каналів. Забезпечує блокаду потенціалозалежних Na⁺-каналів у комбінації з пригніченням Ca²⁺-каналів – знижує активність спінальних нейронів, що беруть участь у формуванні спастичності, шляхом обмеження потоку натрію через мембрану нервових клітин. Може застосовуватися не лише для купювання спазму, а й для лікування нейропатичного болю, тому діє і на ноцицептивну передачу з додатковою перевагою центральної міорелаксуючої дії. Важливо: порівняно з іншими міорелаксантами толперизон має менш виражене погіршення моторики та відсутність седації.

Препарат Мідокалм® знижує центральну сенситизацію, збудливість центральних ноцицептивних нейронів, надходження больових імпульсів до ЦНС, покращує периферичний кровообіг, перешкоджає хронізації болю. Додавання Мідокалму до НПЗП (у середньому на 10 днів) скорочує термін лікування болю.

Слід згадати про існування й інших препаратів, які чинять антиспастичну дію, як-от баклофен (агоніст ГАМК-В-рецепторів), бензодіазепіни (позитивна алостерична модуляція рецептора ГАМК-А), тизанідин: активація α₂-адренергічних рецепторів, циклобензаприн (блокада малих Toll-подібних рецепторів спінальної мікроглії), тіоколікозид (селективна спорідненість до рецепторів ГАМК і гліциновим рецепторам). Деякі дані підтверджують їхній знеболювальний ефект, однак через значну кількість побічних ефектів (затемнення свідомості, седація, апатія, серцева та дихальна недостатність тощо) ці препарати не використовуються для лікування больового синдрому (Deer T.R. et al., 2015).

Водночас Мідокалм® демонструє високий рівень безпеки, а також відсутність клінічно значущого збільшення кількості побічних ефектів за комбінації з НПЗП (Gusev E. et al., 2013). Переваги препарату: не чинить седативного ефекту, не збільшує часу реакції, тому і не впливає на керування, не спричиняє слабкості та не пригнічує розумової діяльності (Dulin J. et al., 1998).

Підготував **Олександр Соловій**



МІДОКАЛМ
толперизон

РЕКОМЕНДОВАНА СХЕМА ЗАСТОСУВАННЯ¹

в/м по 1 ампулі вранці та ввечері

по 1 таблетці 3 рази на день (450 мг/день)

ЦІЛЬОВА ДОЗА – 450 МГ/ДОБУ

ТРИВАЛІСТЬ ТЕРАПІЇ | 7 днів

ТРИВАЛІСТЬ ТЕРАПІЇ | не менше 14 днів відповідно до показань

Коротка інструкція для медичного застосування препарату МІДОКАЛМ

Склад. Таблетки: діюча речовина: толперизону гідрохлорид; 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 50 мг або 150 мг толперизону гідрохлориду. **Ін'єкції:** діючі речовини: толперизону гідрохлорид, лідокаїну гідрохлорид; 1 мл розчину містить 100 мг толперизону гідрохлориду і 2,5 мг лідокаїну гідрохлориду. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Розчин для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Міорелаксанти з центральним механізмом дії. Код АТС М03В Х04. **Показання.** Таблетки. Симптоматичне лікування м'язового спазму у дорослих після перенесеного інсульту. **Ін'єкції.** М'язова спастичність, включаючи постінсультну спастичність, у випадках, коли ін'єкційна форма є методом вибору. **Протипоказання.** Таблетки. Гіперчутливість до діючої речовини або подібного з нею за хімічним складом еперизону, або до будь-якої з допоміжних речовин. Міастенія гравіс. Період годування груддю. **Ін'єкції.** Гіперчутливість до діючих речовин або подібного з толперизоном за хімічним складом еперизону, а також до будь-якої з допоміжних речовин та до інших амідних місцевознеболюючих засобів. Міастенія гравіс. Період годування груддю. **Дитячий вік.** **Побічні реакції.** Таблетки, **ін'єкції.** Нечасто (≥1/1000, <1/100): анорексія, безсоння, порушення сну, головний біль, запаморочення, сонливість, гіпотонія, відчуття дискомфорту в животі, діарея, сухість слизової оболонки порожнини рота, диспепсія, нудота, м'язова слабкість, міалгія, болі в кінцівках, астенія, дискомфорт, підвищена стомлюваність. **Ін'єкції.** Часто (≥1/100, <1/10): почервоцвітіння у місці введення. **Упаковка.** Таблетки. 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг у блістері, по 3 блістери в картонній упаковці. **Ін'єкції.** По 1 мл в ампулі з коричневого скла, по 5 ампул у картонній упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** БАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина. **Р. п.:** № UA/7535/01/01, № UA/7535/02/01, № UA/7535/02/02; Наказ МОЗ України №1921 від 10.09.2021.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформаційне повідомлення. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Застосовується за призначенням лікаря. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з повною інструкцією.

1. Міщенко Т.С., Харіна К.В. Ефективність та безпека препарату Мідокалм у лікуванні постінсультної спастичності // Міжнародний неврологічний журнал. — 2016. — № 5(83).



GEDEON RICHTER

Представництво «Ріхтер Гедеон Нрт.» в Україні:
01054, м. Київ, вул. Олександра Кониського, 17-Б. Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52.
E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.gedeonrichter.com

REG.067.05.01K