

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ЗАСОБІВ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК

К.А. Бугасєвський, канд. мед. наук, доцент

*Класичний приватний університет, Інститут здоров'я, спорту та туризму,
м. Запоріжжя, Україна*

В статті розглядаються питання, пов'язані з виникненням, перебігом, проявами та особливостями практичного застосування ряду методів не медикаментозного лікування у жінок з синдромом хронічного тазового болю. Представлено та детально описано техніку використання різних видів мануальної терапії, які активно використовуються в відновному лікуванні цієї патології. Представлено переваги міофасціальної трансвагінальної терапії, як одного з новітніх відновних засобів, можливість його використання разом з іншими реабілітаційними процедурами.

Ключові слова: *пацієнтки, хронічний тазовий біль, відновне лікування, мануальна терапія, міофасціальна трансвагінальна терапія.*

FEATURES OF APPLICATION DRAG–FREE REHABILITATION TREATMENT IN THE SYNDROME OF CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN

K.A. Bugaevski

*Classical Private University, Institute of Health, Sport and Tourism,
Zaporizhzhya, Ukraine*

The article deals with issues related to the origin, course, manifestations and features a range of practical techniques not medical treatment in women with chronic pelvic pain syndrome. Presented and described in detail the technique using different types of manual therapy, which are widely used in restorative treatment of this pathology. Presented the benefits of transvaginal myofascial therapy as one of the latest recovery tools, the ability to use it with other rehabilitation procedures.

Key words: *female patients, chronic pelvic pain, restorative treatment, manual therapy, myofascial transvaginal therapy.*

Синдром хронічних тазових болів є однією з актуальних проблем сучасної гінекології та реабілітології. Прийнято вважати, що поява болю завжди пов'язана з наявністю патологічного процесу, що супроводжується вираженими структурно–морфологічними змінами тканин [2, с. 51].

Синдром хронічного тазового болю (далі СХТБ) зустрічається у жінок в найбільш активному репродуктивному віці (середній вік хворих 35,2 років) при тривалості захворювання від 2,7 до 5,9 років [3, с. 3]. Тривалий тазовий біль у жінок з хронічним запаленням матки і придатків у стадії ремісії, зумовлений тонічними змінами зв'язок геніталій і міофасціально–зв'язковим синдромом тазу [4, с. 77; 8, с. 225]. При хронічному тазовому болю мають місце гемодинамічні порушення з боку матки і яєчників, як в артеріальній, так і венонній ланці, з розвитком варикозного розширення вен малого тазу і геніталій, ступінь якого наростає відповідно тривалості больових проявів [2, с. 52; 4, с. 79].

Найбільш виражені зміни внутрішньо–органного кровотоку мають місце при гіпертолусах зв'язок геніталій [2, с. 53; 4, с. 80].

Хронічний тазовий біль у жінок в стадії ремісії хронічного запалення внутрішніх статевих органів може бути зумовлений тонічними порушеннями м'язів і зв'язок тазу, які не є специфічними і проявляються незалежно від локалізації первинного запального процесу (у матці або в її придатках) [2, с. 53; 3, с. 38]. Поділ синдрому хронічних тазових болів на клінічні варіанти з переважанням м'язового або зв'язкового компонентів підтверджено неврологічно–ортопедичними методами дослідження [1, с. 17; 9, с. 126]. Ці варіанти мають спільні нейрофізіологічні механізми формування больового синдрому, незалежні від локалізації змін до периферичному м'язово–зв'язкового апарату.

Так, міофасціальний тазовий больовий синдром, в більшості випадків реєструється у жінок репродуктивного віку, найчастіше після патологічного перебігу пологів та/чи як наслідок перенесених запальних захворювань органів малого тазу та статевих органів [2, с. 54; 8, с. 261]. Для тривало існуючого міофасціального синдрому (МФС) типовою є поява характерних (специфічних) тригерних точок і відповідних, відображених больових патернів. Як правило, болісний спазм і активні тригерні точки виявляються в м'язі, що піднімає анус (*m. levator ani*) і в грушоподібних м'язах (*m. piriformis*) [10, с. 166–226].

Розуміння значної поширеності МФС тазового дна диктує необхідність проводити інтравагінальне пальпаторне дослідження м'язів тазового дна кожній жінці, що має незрозумілі тазові болі [1, с. 17; 9, с. 127]. Отже, необхідно більш ретельно обстежувати пацієнтів із резистентними до лікування хронічними урологічними і гінекологічними захворюваннями, для своєчасного виявлення нейропатичного і міофасціального синдромів [4, с. 79; 7, с. 269].

Застосування комплексного відновного лікування у пацієнтів з незапальним синдромом хронічного тазового болю, що включає мануальну корекцію з використанням техніки «м'яких тканин» та лікувальну гімнастику, дає можливість ефективно впливати на різні ланки патогенезу захворювання. Це дозволяє добитися стійкого терапевтичного ефекту і помітного поліпшення стану в більшості випадків [1, с. 19; 6, с. 83].

При лікуванні хронічних больових тазових синдромів, особливу увагу слід приділяти методам фізичної реабілітації. Для розслаблення м'язів тазового дна пацієнтам з СХТБ пропонується використання спеціальних вправ на скорочення м'язів промежини [5, с. 43; 7, с. 269; 9, с. 127]. При наявності гіпертонусу грушоподібних і сідничних м'язів (часто внаслідок розвитку рефлекторної реакції на внутрішньо–тазові «проблеми») хворі можуть самостійно виконувати вправи на постізометричну ауторелаксацію м'язів тазового дна, грушоподібного м'яза та *m. levator ani*, описані в посібниках з лікувальної фізичної культури і мануальної терапії [5, с. 44; 7, с. 269; 9, с. 128].

В даний час в лікуванні больових синдромів різної локалізації широко використовують мануальну терапію, метою якої є не тільки вплив на дегенеративні і рефлекторні зміни у м'язах, але і корекція патологічного рухового стереотипу [1, с. 18]. Рекомендується регулярне курсове лікування, до 10–12 процедур на курс з частотою 1–2 рази на тиждень.

Крім того, пацієнтам необхідно самостійно виконувати вправи на аутомобілізацію крижово–клубових зчленувань і ауторелаксації зв'язкового апарату тазу, що сприяють усуненню наявних і запобіганню нових функціональних блокад крижово–клубових зчленувань [1, с. 18].

Особливу складність представляє терапія тазових міофасціальних синдромів у зв'язку з обмеженими можливостями доступу до м'язів, розташованих в порожнині тазу. Для цього у комплексній відновлювальній терапії у жінок використовується лікувальна фізична культура, мануальна терапія («м'які» мануальні техніки, постізометрична релаксація (ПІР), міофасціальна трансвагінальна терапія [7, с. 269; 9, с. 126]. Використання цих методів дозволяє скоротити терміни лікування, знизити частоту загострень захворювання, домогтися стійкої ремісії і отримати оздоровчий ефект.

В англомовній професійній медичній літературі, для визначення нового методу лікування м'язово–зв'язкового апарату порожнини малого тазу і тазового дна застосовують термін «міофасціальна трансвагінальна терапія» [7, с. 269; 9, с. 127]. Цим терміном по-

значають комбінацію практичного застосування масажу і мануальних прийомів, для профілактики та лікування, в першу чергу синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) [7, с. 269; 9, с. 167]. Особливими показаннями до застосування даного виду комбінованої мануальної техніки є ранні стадії опущення і випадіння тазових органів, явища ректоцеле і уретроцеле, виражений больовий синдром при явищах спазму тазових м'язів, слабкість (недостатність) м'язів тазового дна [7, с. 269].

Сама назва «міофасціальна трансвагінальна терапія» говорить сама за себе. Це терапевтична процедура, здійснювана трансвагінально, з активним впливом рук масажиста або мануального терапевта, з активним, дозованим по силі і часу впливом на м'язові і фасціальні структури тазового дна і промежини [9, с. 128]. Мобілізаційно-маніпуляційна мануальна терапія дозволяє позитивно впливати на регрес тазових болів будь-якої етіології, що дозволяє поліпшити стан здоров'я і якість життя. Застосування методів мануальної терапії в гінекологічній практиці є новим шаблоном у лікуванні даної категорії хворих і дозволяє поліпшити результат терапії [1, с. 17; 6, с. 84].

Відсутність впливу на зв'язковий апарат малого таза, що найбільш часто втягується в патологічний процес, не може не відбиватися на розробці ефективних диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів. Розробка комплексів (транс)вагінальної мануальної терапії для подолання гіпертонусів зв'язок геніталій і м'язово-зв'язково-тонічних порушень тазу, дозволяє істотно підвищити ефективність лікування синдрому хронічного тазового болю у жінок з хронічним запаленням матки і придатків у фазі ремісії та з післяпологовими міофасціальними ускладненнями [1, с. 18; 6, с. 85].

Саме індивідуально дозований мануальний вплив, із застосуванням масажних прийомів і мануальних технік, дозволяє спеціалісту-реабілітологу провести лікувальні, реабілітаційні дії із прицільним впливом на патологічно змінені ділянки і тканини, зняти спастичне напруження м'язів, ліквідувати застійні явища, поліпшити крово- і лімфообіг не тільки в області тазового дна та його структур, але й, що важливо, внутрішніх тазових органів [1, с. 19; 9, с. 126].

Виходячи з усієї інформації, викладеної попередньо, можна зробити наступні практичні висновки:

1. Відновлювальне лікування синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) та міофасціального синдрому (МФС) потребує досконалої діагностики об'єктів ураження, з виявленням тригерних точок та міофасціальних вузлів.

2. В немедикаментозному відновному лікуванні цієї патології потрібно ширше застосовувати новітні мануальні техніки, засоби фізичної реабілітації, спеціальні вправи та різні види масаж, розробляючи для кожної з пацієнок індивідуально орієнтовані відновлювальні комплекси.

Список літератури:

1. Васильева Л.Ф. Новые подходы к мануальной терапии пациентов с болевыми мышечными синдромами // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2002. №1. С. 16–20.
2. Воробьёва О.В. Болезненный спазм мышц тазового дна как причина хронических тазовых болей у женщин // Фарматека. 2011. № 5. С. 51–55.
3. Газазян М.Г., Хардинов А.В. Хронический тазовый болевой синдром с точки зрения гинеколога. Тактика ведения // Эндоскопическая хирургия, 2009. № 6. С. 36–39.
4. Дубоссарська З.М., Грек Л.П. Синдром хронічного тазового болю у гінекологічних хворих, лікувально-діагностичні аспекти і реабілітація // Медичні перспективи. №12. Том XVII. 2012. С. 77–82.
5. Скрябин Е.Г. Лечебная физическая культура и массаж в лечении синдрома грушевидной мышцы у беременных женщин // Вопр. курорт, физиотер. и леч. физкульт. 2004. №2. С. 42–44.
6. Москоленко Н.В., Безнощенко Г.Б. Комплексная программа реабилитации женщин, страдающих тазовой болью // Уральский медицинский журнал. 2012. № 5. С. 82–86.
7. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003; 14:269.
8. Mishell D.R., Reprod Jr. Chronic pelvic pain in women: Focus on painful bladder syndrome. Interstitial cystitis // Medicus. 2006. Vol. 51. P. 225–226, 261–262.
9. Rhonda K. Kotarinos. Pelvic floor physical therapy for management of myofascial pelvic pain syndrome in women. J. Urol. 2013. № 5. P. 126–128.

10. Weiss J.M. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency–frequency syndrome. *J. Urol.* 2001. P. 166–226.