

Роль мышечно-фасциального синдрома и дисфункции в развитии синдрома хронической тазовой боли у женщин (Обзор литературы)

А.А. Суханова, Р.В. Осадчук

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Хроническая тазовая боль (ХТБ), согласно определению классификации хронических болевых синдромов, предложенной Международной ассоциацией по изучению боли – IASP (International Association of Study of Pain), и в связи со своей высокой клинической значимостью, выделена в самостоятельную нозологическую структуру и определяется как боль в области проекции таза (в нижней части живота и поясницы), преимущественно между пупком и лонным сочленением, которая сохраняется в течение не менее шести месяцев и нарушает нормальное функционирование организма.

Миофасциальный синдром тазовой боли (Myofascial pelvic pain syndrome – MPPS) в англоязычной литературе входит в подгруппу этиологий ХТБ. Сам по себе миофасциальный синдром тазовой боли не несет прямой угрозы для жизни и здоровья и не требует urgent помощи. Но сегодня его практически не диагностируют и не рассматривают как источник хронической боли и дисфункции в области таза. Такие пациенты, к сожалению, остаются без надлежащего лечения и не могут избавиться от чувства тягостной боли. Они часто получают ненужное лечение, вплоть до хирургических вмешательств. Данная проблема становится причиной невроза, депрессии, половой дисфункции и, в конечном итоге, ухудшения качества жизни. ХТБ редко отражает единственный патологический процесс и должна оцениваться с точки зрения патологии различных физиологических систем, в том числе репродуктивной, мочеполовой, пищеварительной, костно-мышечной и нервной.

Исходя из целостного представления о многофакторной природе ХТБ, лечение данной категории пациенток требует комплексного подхода с привлечением специалистов различного профиля. Особое внимание при дифференциальной диагностике ХТБ у женщин необходимо обратить внимание на абдоминальный миофасциальный болевой синдром, роль которого в настоящее время недооценивается. Поэтому знания об основных направлениях диагностики и лечения ХТБ, обусловленной миофасциальным синдромом, должны быть хорошо известны врачам.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, миофасциальный синдром, нидлинг, постизометрическая релаксация мышц, релизинг.

The role of myofascial pain syndrome and dysfunction in the development of chronic pelvic pain syndrome in women (Literature review)

А.А. Sukhanova, R.V. Osadchuk

According to the classification of chronic pain syndromes proposed by the International Association for the Study of Pain (IASP) and due to the high clinical significance, chronic pelvic pain (CPP) represents an independent nosological structure and is defined as pain in the pelvic region (in the lower abdomen and the lower back), mainly between the navel and the pubic symphysis, which lasts for at least six months and disrupts the normal functioning of the body.

Myofascial pelvic pain syndrome (MPPS) in English literature is included in the subgroup of etiology of CPP. Myofascial pelvic pain syndrome itself is not a direct threat to life and health and does not require urgent help. But today it is almost not diagnosed and is not considered as a source of chronic pain and dysfunction in the pelvic region. Such patients, unfortunately, are left without appropriate treatment and cannot get rid of the oppressive pain. They often receive unnecessary treatment, including surgical interventions. This problem causes neurosis, depression, sexual dysfunction and, as a result, leads to the deterioration in the quality of life. CPP can often have multiple causes and should be evaluated in terms of the pathology of various physiological systems, including reproductive, urogenital, gastrointestinal, musculoskeletal and nervous system. Based on a full picture of the multifactorial nature of CPP, the treatment of this category of patients requires an integrated approach involving specialists in various fields. Particular attention in the differential diagnosis of chronic pelvic pain in women should be paid to abdominal myofascial pain syndrome, the role of which is currently underestimated. Therefore, doctors should be aware of the main directions of diagnosis and treatment of CPP due to myofascial pain syndrome.

Keywords: chronic pelvic pain, myofascial syndrome, nidding, post-isometric relaxation of muscles, relising.

Роль м'язово-фасціального синдрому та дисфункції у розвитку синдрому хронічного тазового болю у жінок (Огляд літератури)

А.А. Суханова, Р.В. Осадчук

Хронічний тазовий біль (ХТБ), згідно з визначенням класифікації хронічних болевих синдромів, запропонованої Міжнародною асоціацією з вивчення болю – IASP (International Association of Study of Pain), і у зв'язку зі своєю високою клінічною значущістю, виділений у самостійну нозологічну структуру і визначається як біль у ділянці проекції таза (у нижній частині живота і попереку), переважно між пупком і лобковим зчленуванням, який зберігається протягом не менше шести місяців і порушує нормальне функціонування організму.

Міофасціальний синдром тазового болю (Myofascial pelvic pain syndrome – MPPS) в англійській літературі входить до підгрупи етіології ХТБ. Сам по собі міофасціальний синдром тазового болю не несе прямої загрози для життя і здоров'я і не вимагає ургентної допомоги. Але сьогодні його практично не діагностують і не розглядають як джерело хронічного болю і дисфункції у ділянці таза. Такі пацієнти, на жаль, залишаються без належного лікування і не можуть позбутися почуття важкого болю. Вони часто отримують непотрібне лікування, аж до хірургічних втручань. Ця проблема стає причиною неврозу, депресії, статевих дисфункцій і, у кінцевому підсумку, погіршення якості життя. ХТБ рідко відображає єдиний патологічний процес і повинен оцінюватися з точки зору патології різних фізіологічних систем, у тому числі репродуктивної, сечостатевої, травної, кістково-м'язової та нервової.

Виходячи з цілісного уявлення про багатофакторну природу ХТБ, лікування даної категорії пациенток вимагає комплексного підходу із залученням фахівців різного профілю. Особливу увагу під час диференціальної діагностики ХТБ у жінок необхідно звернути на абдоминальний міофасціальний болювий синдром, роль якого сьогодні недооцінюється. Тому знання про основні напрямки діагностики та лікування ХТБ, зумовленого міофасціальним синдромом, повинні бути добре відомі лікарям.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, міофасціальний синдром, нідлінг, постізометрична релаксація м'язів, релізінг.

Хроническая тазовая боль (ХТБ), согласно определению классификации хронических болевых синдромов, предложенной Международной ассоциацией по изучению боли – IASP (International Association of Study of Pain), и в связи со своей высокой клинической значимостью, выделена в самостоятельную нозологическую структуру и определяется как боль в области проекции таза (в нижней части живота и поясницы), преимущественно между пупком и лонным сочленением, которая сохраняется в течение не менее шести месяцев и нарушает нормальное функционирование организма [15].

ХТБ может быть подразделена на следующие варианты:

1) хроническая тазовая боль, сопутствующая четко определенным гинекологическим заболеваниям;

2) хроническая тазовая боль в отсутствие таковых.

Для первого варианта IASP предложено определение «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием»; для второго – «синдром хронической тазовой боли (СХТБ)» [15].

Американский колледж акушеров-гинекологов (ACOG) определяет ХТБ как боль нециклического характера в течение более 6 мес, достаточно выраженную, чтобы привести к ограничению трудоспособности или обусловить необходимость медицинской помощи [8]. Королевская коллегия акушеров-гинекологов (RCOG) трактует ХТБ как периодическую или постоянную боль указанных локализаций, не возникающую исключительно в связи с менструацией или половым актом и не связанную с беременностью.

ХТБ является сложным заболеванием, которое требует дальнейшего изучения. Недостаток статистических данных, отсутствие системы регистрации и консенсуса в отношении определений ХТБ и СХТБ затрудняет эпидемиологические оценки их распространенности.

Ощущение боли является сложным феноменом, включающим периферические и центральные механизмы. По своему происхождению (сенсорному разграничению) тазовая боль подразделяется на соматическую, висцеральную, нейрогенную. Она возникает вследствие механического или физико-химического раздражения биологически активными веществами (продуктами воспаления и повреждения тканей) болевых рецепторов внутренних органов, нервных, соматических структур и/или покрывающей их брюшины [18].

ХТБ часто встречается в гинекологической практике и является чрезвычайно распространенным показанием для направления к смежным специалистам, нередко приводит к хирургическому вмешательству для установления окончательного диагноза и определения тактики лечения [19]; 10–15% всех гинекологических консультаций проводят в связи с ХТБ, а 20–40% пациенток нуждаются в лапароскопии [4].

Необходимо также отметить, помимо медицинской, и социальную значимость проблемы, так как эмоционально крайне лабильное состояние пациенток может негативно влиять на их социальную активность и повседневную деятельность, сопровождаться нарушениями поведения, осложнять семейные отношения, ограничивать трудоспособность и, в некоторых случаях, может стать причиной инвалидности.

ХТБ редко отражает единственный патологический процесс и должна оцениваться с точки зрения патологии различных физиологических систем, в том числе репродуктивной, мочеполовой, пищеварительной, костно-мышечной и нервной. Любая анатомическая структура таза является потенциальным источником боли [28]. Болевой синдром может быть крайне неспецифичным. У части пациенток обнаруживается сразу несколько причин боли. Однако особенно часто это состояние является симптомом гинекологической патологии (>70% случаев). В таком случае эстрогенную стимуляцию необходимо рассматривать как возможный фактор повышения болевой чувствительности на фоне генетической предрасположенности к избыточной реакции на боль. Это отчасти объ-

ясняет женскую «привилегию» на боль и зависимость боли от колебаний уровня гормонов в разные фазы менструального цикла и периоды жизни женщины [13].

При СХТБ необходимо проводить дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями:

- сопутствующие гинекологические заболевания воспалительной и невоспалительной этиологии, сопровождающие тазовую боль, среди которых особое место занимает эндометриозная болезнь;
- варикозная болезнь;
- доброкачественные и злокачественные новообразования в малом тазе;
- спаечная болезнь;
- интерстициальный цистит;
- миофасциальный болевой синдром;
- синдром раздраженного кишечника;
- тазовая боль, обусловленная неврологическими расстройствами;
- герпетическая инфекция;
- психогенная боль.

Эндометриоз вызывает один из наиболее тяжелых болевых синдромов в связи с тем, что патогенез боли в данном случае включает в себя несколько механизмов: неспецифический воспалительный процесс, фиброз, адгезию, глубокое повреждение тканей с вовлечением нервов. Основным патофизиологическим компонентом боли можно считать присущую заболеванию чрезмерную воспалительную реакцию, при которой происходит увеличение выброса медиаторов боли, в частности простагландинов. Одновременно провоспалительные цитокины (интерлейкин-6, фактор некроза опухоли), хемокины, продукты иммунокомпетентных клеток (CCL2, CCL3, CCL5 и др.) проявляют свое влияние как непосредственно воспалительной болевой реакцией, так и опосредованно – повышением болевой чувствительности нейрональных клеток [14].

Заболевания органов малого таза ассоциированы с ноцицептивной висцеральной болью. Из-за висцеросоматического рефлекса стимуляция висцеральных ноцицепторов зачастую может вызывать формирование зоны раздражения в мышцах нижних отделов живота и тазового дна. Активация симпатических эфферентов приводит к сокращению мышечных волокон с формированием триггерных точек. Происходящие патофизиологические процессы обуславливают персистенцию локальной боли даже после устранения ее первичной причины [17].

В дифференциальной диагностике нозологических форм на этапе установления предварительного диагноза и для успешного выявления причины тазовой боли в гинекологии ключевую роль играет клинический подход и целый ряд последовательных действий [6, 11]:

1. Необходимо тщательно собрать гинекологический анамнез и анамнез истории заболевания с оценкой условий появления боли, факторов ее уменьшения или усиления, длительности и характера болевого синдрома.
2. Уточнить топографию боли.
3. Уточнить механизм боли – ноцицептивной, вызванной симпатическими, висцеральными, другими расстройствами.
4. Оценить в общепризнанных терминах ее характер и интенсивность, используя визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ) и различные опросники качества жизни (например SF-36 и др.).
5. Изучить используемые больной медикаментозные средства, в том числе анальгетики, их эффективность, пути введения и продолжительность приема, побочные реакции.

Хроническая боль в области малого таза у женщин, как уже было указано ранее, может иметь многофакторную этиологию, но у 22% фиксировали боль, связанную с костно-

мышечными причинами. К сожалению, гинекологи обычно не рассматривают дисфункцию тазовой и костно-мышечной систем как причину боли в области таза. Осмотр мышц тазового скелета прост в выполнении, не занимает много времени, является одним из наиболее важных компонентов для исследования у всех пациентов с ХТБ и его можно включить в физическое обследование при гинекологическом осмотре [19].

Таким образом, формирование хронической боли представляет собой сложный патофизиологический механизм, только отчасти зависящий от своего первоисточника. Но ХТБ не возникает у пациентки внезапно, процесс ее развития занимает длительное время. Многие женщины, периодически отмечающие тазовую боль, рискуют приобрести трудно поддающуюся терапии патологию, которая разовьется с высокой степенью вероятности, если сама пациентка и ее лечащий врач вовремя не обратят внимание на сначала редкие, но со временем все более настойчивые сигналы организма о неблагополучии [27].

Исходя из целостного представления о многофакторной природе ХТБ, лечение данной категории пациенток требует комплексного подхода с привлечением специалистов различного профиля. Особое внимание при дифференциальной диагностике ХТБ у женщин необходимо обратить на абдоминальный миофасциальный болевой синдром, роль которого в настоящее время недооценивается.

Миофасциальный синдром тазовой боли

Миофасциальный синдром тазовой боли (МФСТБ) (Myofascial pelvic pain syndrome – MPPS) в англоязычной литературе входит в подгруппу этиологий ХТБ [26]. МФСТБ встречается как у мужчин, так и у женщин и определяется как мышечно-фасциальная боль, связанная с формированием в мышцах и фасциях таза, тазового дна, поясницы, брюшной стенки и тазобедренного сустава структурно и функционально измененных участков в виде болезненных узлов и тяжелей вследствие травм, избыточной механической деформации, длительного напряжения или чрезмерного кратковременного сокращения мышцы. Они получили названия «локальные мышечные гипертонусы» и «триггерные точки» [12].

В мировую медицинскую практику понятия «мышечно-фасциальная боль» и «триггерные точки» начала вводить доктор Джанет Трэвелл (личный врач президента США Дж. Кеннеди) в 40-е годы прошлого столетия. В дальнейшем совместно с Д.Г. Симонс, который возглавлял исследования в области авиационной и космической медицины США, было создано целое медицинское направление, посвященное болевым синдромам и дисфункциям мышечно-скелетной системы человека. В 1989 г. и 2005 г. на русском языке было издано их фундаментальное руководство для врачей «Миофасциальные боли и дисфункции».

Считается, что основными продуцентами болевых ощущений в мышцах и фасциях являются специфические болевые рецепторы (ноцицепторы), хеморецепторы и механорецепторы, обеспечивающие мышечно-суставное ощущение при их чрезмерной стимуляции [7].

Клинические проявления МФСТБ [8]:

1. Локальные мышечные гипертонусы – это плотные и болезненные при пальпации участки мышечной ткани и фасций шарообразной или веретенообразной формы. Для каждой скелетной мышцы характерно стабильное расположение в ней локальных мышечных гипертонусов с триггерными точками.

2. Триггерные точки (ТТ) – гиперчувствительные к механическим воздействиям участки локальных мышечных гипертонусов. Их ирритация надавливанием, растяжением или напряжением вызывает отраженные болевые, сенсорные и вегетативные феномены/реакции в отдаленных от самой ТТ участках тела.

3. Ощущение острой и хронической боли в определенной анатомической части человеческого тела. При этом локализация боли чаще всего не совпадает с местом самой тканевой дисфункции (ТТ), а находится на некотором удалении от своего источника. Поэтому такую боль называют отраженной болью в отдаленные участки тела и ее клинической диагностике посвящены отдельные руководства. Для каждой скелетной мышцы характерна довольно стабильная и воспроизводимая при повторных раздражениях ТТ зона отраженной боли. Это, к сожалению, является основной проблемой при диагностике истинных причин болевого синдрома. В результате этого мышечно-фасциальную боль лечат как проявления других заболеваний.

4. Сенсорная дисфункция, обусловленная активностью ТТ, вызывает субъективное ощущение онемения, «ползания мурашек», жжения, холода, распирания и других явлений в отдаленных участках тела. Паттерн этих ощущений совпадает с паттерном отраженной боли от этих же ТТ. Сенсорные феномены от ТТ могут быть самостоятельными клиническими проявлениями миофасциальной дисфункции и не сопровождаются отраженной болью.

5. Ригидность, потеря эластичности, повышенная контрактильность (вплоть до формирования мышечных контрактур) скелетных мышц и фасций, которые содержат ТТ.

6. Ограничение движений в анатомической области, где участвуют мышцы и фасции, содержащие ТТ. При этом ограничиваются движения не только отдельного сустава, но и формируются в дальнейшем нарушения биомеханики всего опорно-двигательного аппарата (ОДА).

7. Вегетативные феномены (потоотделение, тошнота, головокружение, пиеломоторный рефлекс с «гусиной кожей», общей слабостью) могут иметь проявления от слабовыраженных до состояния вегетативного криза с нестабильностью АД, температуры тела, ощущениями сердцебиения, тахикардией, тахипноэ, развитием ознобоподобных состояний.

8. ТТ могут быть активными и неактивными (латентными). Чем больше активность ТТ, тем сильнее боль и отраженные феномены, которые она создает.

9. Уже сформировавшиеся в мышцах узлы и тяжи с ТТ не исчезают самостоятельно и требуют специального лечения.

Миофасциальная тазовая боль разной интенсивности у женщин может иметь постоянный характер при наличии активных ТТ или возникать только при стимуляции латентных ТТ. Они обнаруживаются в мышцах тазового дна, таза, брюшной стенки и тазобедренного сустава.

Отраженная боль, вызванными этими ТТ, может ощущаться в области влагалища, вульвы, промежности, прямой кишки или мочевого пузыря, нижней части живота и бедрах [8].

Помимо боли, ТТ могут вызывать учащенное мочеиспускание, дизурию, зуд, гиперактивность мочевого пузыря, запоры, жжение во влагалище и диспареунию [8].

Мышцы и фасции тазового дна часто подвергаются перенапряжению и сдавлению при длительном сидении. Они также участвуют в деятельности, связанной с регуляцией внутрибрюшного и внутритазового давления, сексуальной функцией, функцией кишечника, контролем мочевого пузыря, а также движением верхних и нижних конечностей. На мышцы тазового дна, как и на все скелетные мышцы, сильно влияет психологический стресс. Кроме того, симптомами, вызванными ТТ в мышцах тазового дна, часто усугубляются дисфункцией окружающих мышц в области поясницы, ягодиц, бедер и живота.

Сам по себе МФСТБ не несет прямой угрозы для жизни и здоровья и не требует urgentной помощи. Но сегодня его практически не диагностируют и не рассматривают как источник хронической боли и дисфункции в области таза.

Такие пациенты, к сожалению, остаются без надлежащего лечения и не могут избавиться от чувства тягостной боли. Они часто получают ненужное лечение, вплоть до хирургических вмешательств.

Данная проблема становится причиной невроза, депрессии, половой дисфункции и, в конечном итоге, ухудшения качества жизни.

Диагностика

При определении причин хронической боли в области малого таза, особенно МФСТБ (MPPS), важно учитывать состояние всех органов и систем, которые могут вызывать боль в животе. Надо выяснить наличие хронических заболеваний органов малого таза, особенности мочеиспускания, присутствие вульвовагинального дискомфорта и проблем со стороны пищеварительного тракта. Важен анамнез травм и оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, использования инвазивных и неинвазивных методов диагностики [28]. Обязателен анализ менструальной и репродуктивной функции женщины, течения и исхода беременности и родов.

Поскольку боль при МФСТБ (MPPS) имеет мышечно-фасциальную природу, пациентки часто сообщают об облегчении или усилении ее при определенных движениях или положениях, физической активности.

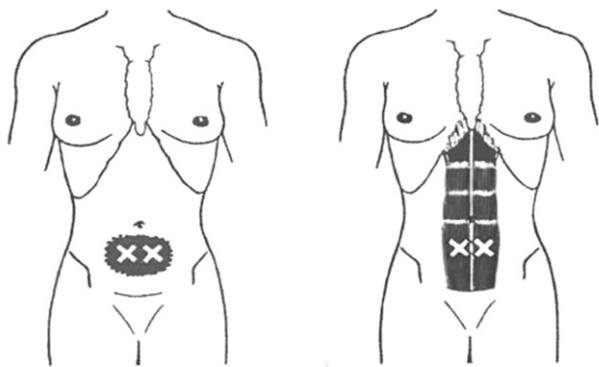
Физический осмотр – важный этап в правильной диагностике МФСТБ (MPPS). Он требует внешнего осмотра пациентки для оценки состояния опорно-двигательного аппарата и нарушений биомеханики (осанки, походки, костно-мышечных дефектов и асимметрий). Необходимо определить состояние скелетных мышц пациентки в области спины, поясницы, ягодиц и бедер и наличие в них ТТ [21].

Осмотр таза осуществляется вместе с осмотром и пальпацией тазового дна для обнаружения триггерных точек, областей мышечной слабости и выявления рубцовой ткани. Боль может быть вызвана при пальпации следующих мышц: *m. bulbospongiosus*, *m. ischiocavernosus*, *m. bulbococcygeus*, *m. iliococcygeus*, *m. coccygeus*, *m. levator ani*, *m. obturator internus*.

Оценивая силу сокращения мышц тазового дна, можно определить его состоятельность. Наличие пролапса внутренних половых органов, снижение подвижности, неспособность расслабить мышцы или наличие их парадоксальных движений являются признаками слабости мышц тазового дна.

Рекомендуемая структура физического обследования при диагностике тазовой миофасциальной боли [23]:

1. Тщательно объясните пациентке шаги, которые являются частью обследования, и постарайтесь ослабить ее страх и нерешительность. Получите согласие начать физическое обследование.



Нарушение менструального цикла

Рис. 1. Отраженная боль в проекцию таза с ТТ прямых мышц живота

2. Попросите пациентку сесть в положении литотомии для обследования (положение на спине с раздвинутыми и приподнятыми ногами – lithotomy position – подобное положению в гинекологическом кресле, но с горизонтальным положением спины).

3. Начните одностороннее трансвагинальное исследование.

4. Используйте ориентацию циферблата с лобковым симфизом на 12 часов и анусом на 6 часов для локализации мышц тазового дна.

5. Начните с односторонней пальпации поверхностных мышц тазового дна, а затем приступайте к глубоким мышцам тазового дна.

6. Используйте следующие положения циферблата, чтобы прощупать поверхностный, а затем глубокий слой тазового дна:

– Поверхностный слой: *m. bulbospongiosus* (2 и 10 часов), *m. ischiocavernosus* (1 и 11 часов), поверхностные поперечные мышцы промежности (3 и 9 часов):

– Глубокий слой: *m. bulbococcygeus* (7 и 11 часов для левой стороны; 1 и 5 часов для правой стороны), *m. iliococcygeus* (4 и 8 часов), *m. coccygeus* (5 и 7 часов).

7. Затем пальпируют *m. obturator internus* на 2 и 10 часов.

8. Во время пальпации приложите давление к участкам, предварительно определенным для каждой из мышц тазового дна и запирающего внутреннего пространства.

9. Используйте шкалу оценки (NRS или VAS) для оценки боли, о которой сообщала пациентка после пальпации каждого участка.

10. Дополнительно в осмотр может быть включена оценка силы мышц тазового дна.

Консультация гинеколога необходима для определения отсутствия или наличия гинекологической патологии, которая может быть первичным источником тазовой боли, а может способствовать усилению миофасциальной тазовой боли. Использование методов диагностической визуализации, таких, как сонография, компьютерная томография и магнитно-резонансная техника, полезно для диагностики многих гинекологических состояний, но они могут не выявлять структурных изменений, несмотря на наличие сильной хронической боли [27].

Лабораторная диагностика будет полезной для определения инфекционных процессов или гормонального дисбаланса. Но у пациенток с МФСТБ (MPPS) отклонения от нормы отсутствуют. УЗИ мышц тазового дна при специальной подготовке специалиста позволяет выявлять ТТ [25, 29].

В конечном счете, диагноз МФСТБ (MPPS) является, в основном, клиническим и основывается на выявлении наличия локальных мышечных гипертонусов и ТТ в мышцах таза

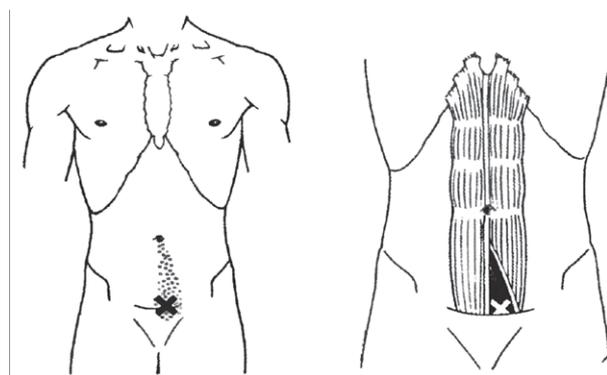


Рис. 2. Отраженная боль в проекцию таза от ТТ пирамидальной мышцы

при предварительном исключении заболеваний других органов и тканей этой анатомической области, которые могут вызывать боль в области таза и дисфункции тазового дна.

На рис. 1–6, приведенных из руководства «Миофасциальные боли и дисфункции» Дж.Г. Трэвелл и Д.Г. Симонс, продемонстрированы самые распространенные паттерны отраженной боли (обозначены на рисунках красным цветом) в проекцию таза и ТТ (черные и белые крестики), которые вызывают эти болевые паттерны.

Лечение

В настоящее время для лечения МФСТБ (MPPS) используются различные методы. Однако для каждой пациентки требуется индивидуальный подход, специфичный, с учетом наличия или отсутствия у нее гинекологической патологии [22]. При этом используется комбинация методов физиотерапии, фармакотерапии и психотерапии.

На протяжении многих лет для комплексного лечения миофасциальных болевых синдромов и дисфункций используется метод *миофасциальной терапии (МФТ)*.

Основными компонентами МФТ являются:

1. Нидлинг (от английских: needle – игла; needling – прокалывание иглой) – метод инъекционной терапии миофасциальной боли и ТТ, который осуществляется путем прокалывания ТТ стерильной иглой с введением в ТТ анестетика или других лекарственных средств, а также без введения каких либо веществ (метод dry needle – «сухой иглы») [1, 16].

2. Постизометрическая релаксация мышц (ПИРМ) – метод физической терапии, направленный на устранение функциональных и структурных изменений в мышечно-фасциальном и сухожильно-связочном аппарате человека путем чередования дозированного и целенаправленного напряжения, расслабления и растяжения скелетных мышц [3, 5].

3. Миофасциальный релизинг (МФР) – это физический метод лечения фасции, особого вида соединительной ткани в организме человека.

Дополнительными компонентами МФТ являются:

- Ультразвуковая терапия ТТ [24]
- Ударно-вибрационная терапия [30]

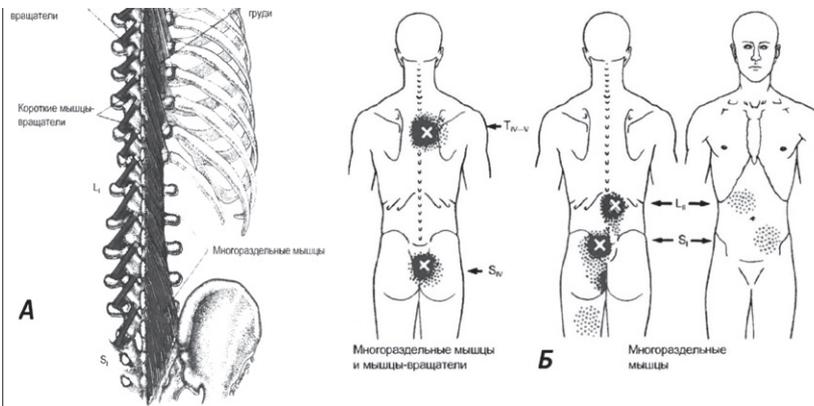


Рис. 3 (а, б). Отраженная боль в проекцию таза от ТТ многораздельной мышцы и мышц-вращателей

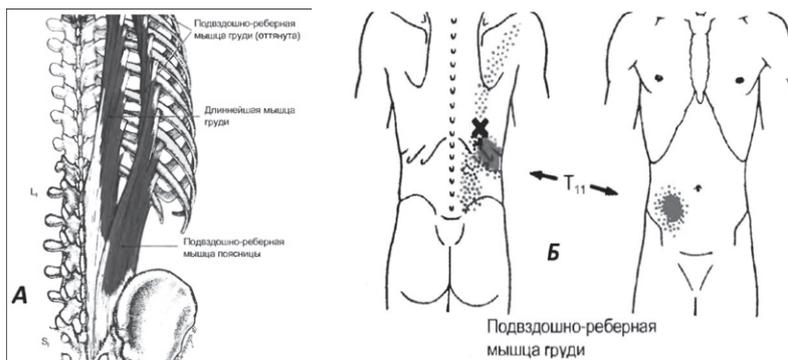


Рис. 4 (а, б). Отраженная боль в проекцию таза от ТТ подвздошно-реберной мышцы

- Техники глубокого ручного массажа
- Термотерапия (лечение теплом)
- Медикаментозная терапия
- Специальная лечебная гимнастика (кинезитерапия) [10]
- Рациональная психотерапия
- Обучение пациентов гигиене труда, методам профилактики, правилам двигательной и поструральной активности.

Как только пациентка узнает о наличии у себя МФСТБ, она должна внести изменения в свой образ жизни, чтобы избежать факторов, провоцирующих формирование и активацию ТТ. Чем раньше начата терапия, тем меньше вероятность того, что у пациентки разовьется ХТБ.

Нидлинг (физическая терапия в виде постизометрической релаксации мышц и миофасциального релизинг-

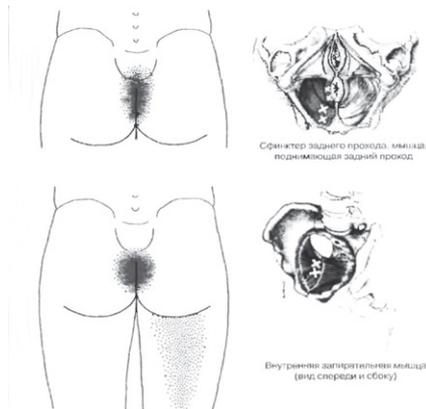


Рис. 5. Отраженная боль в проекцию таза от ТТ мышц тазового дна

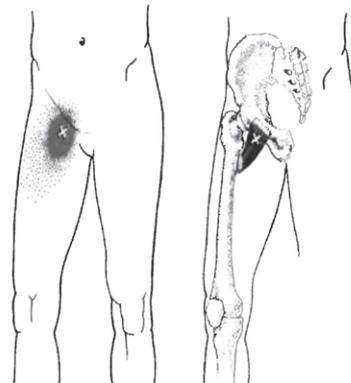


Рис. 6. Отраженная боль в проекцию таза от ТТ гребешковой мышцы

га) является основой лечения для женщин с МФСТБ (МППС).

«Сухая игла» стала уникальным методом лечения мышечно-фасциального болевого синдрома. Пациентки должны проходить процедуры нидлинга еженедельно в течение минимум 5–10 нед. Этот период времени необходим для устранения ТТ и перестройки мышечной ткани [2, 20].

Инъекции анестетиков могут быть использованы для облегчения острой и сильной боли. Инъекции обычно выполняются специалистами, имеющими необходимую подготовку и навыки. Инъекции только одного 0,25% раствора бупивакаина в количестве 1–3 мл достаточно для быстрого облегчения симптомов. Но их следует использовать только в сочетании с методами физического лечения для получения стойкого и долгосрочного результата.

Физические методы терапии ПИРМ и МФР обеспечивают восстановление нормальной структуры мышечной ткани. Их должны выполнять физические терапевты, имеющие специальные знания и подготовку. Процедуры комплексной физической терапии должны применяться для пациенток с МФСТБ (МППС) 2 раза в неделю на протяжении 5–10 нед.

Фармакологические методы лечения миофасциального болевого синдрома включают применение препаратов, действующих на ЦНС, включая габапентин, трициклические антидепрессанты

и баклофен. Часть пациентов ощущают улучшение при применении миорелаксирующих препаратов. Практически стандартной стала комбинация нестероидных противовоспалительных препаратов и миорелаксантов при лечении МФС [1]. Но побочные реакции при системном применении НПВП не позволяют их использовать длительное время. В целом медикаментозное лечение миофасциальной боли является симптоматическим и требует обязательного сочетания с физической терапией.

Очень важно обучение пациенток лечебной гимнастике, которую они должны практиковать после основного курса лечения. Упражнения на самокоррекцию и растяжение мышц поясницы, тазобедренных суставов и тазового дна позволяют предупредить повторное формирование в них ТТ и рецидив миофасциального болевого синдрома.

ВЫВОДЫ

Итак, сам по себе миофасциальный синдром тазовой боли не несет прямой угрозы жизни и здоровью и в большинстве случаев не требует ургентной помощи. Сегодня данная проблема становится причиной развития неврозов, депрессии, половой дисфункции и, в конечном итоге, ухудшения качества жизни, и это обязывает к более пристальному изучению причин возникновения синдрома хронической тазовой боли, таких, как миофасциальный синдром и дисфункции.

Сведения об авторах

Суханова Аурика Альбертовна – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: a.sukhanova@gmail.com

Осадчук Руслан Васильевич – Медицинский центр «Med Helper», 02000, г. Киев, ул. Попудренко, 52. E-mail: orv.doc@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бубнов Р.В. Использование триггерной точки «сухой» иглы под ультразвуковым контролем для лечения миофасциальной боли (технологические инновации и обзор литературы) // Лікарська справа. – 2010. – № 5–6 (1106). – С. 56–64.
- Зозуля І.С., Бредихин А.В. Миофасциальный болевой синдром: диагностика, лечение // Український медичний часопис. – 2011. – № 3 (83). – V–VI.
- Иваничев Г.А. Мануальная терапия: Руководство. – Казань: Прогресс, 1997. – 448 с.
- Кузнецова И.В. Хроническая тазовая боль – женская проблема. // Гинекология. – 2017. – Т. 19, № 36. – С. 62–67.
- Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина / Пер. с чешск. – 1993. – 512 с.
- Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тазовая боль в гинекологии. Гинекология. 2011; 13 (1): 39–44.
- Правдивцев В.А., Козлов С.Б., Ефременков С.В. и др. Физиология боли и обезболивающей системы организма // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2003. – № 4. – С. 87–96.
- Тревелл Д.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 2005.
- ACOG practice bulletin no. 51. chronic pelvic pain. Obstetrics and Gynecology. 2004; 103(3):589–605.
- Ahmed S., Khattab S., Haddad C., Babineau J., Furlan A., Kumbhare D. Effect of aerobic exercise in the treatment of myofascial pain: a systematic review. J Exerc Rehabil. 2018 Dec; 14(6): 902–910.
- Breivik H., Borchgrevink P. C., Allen S. M., Rosseland L. A., Romundstad L., Hals E. K., Kvarstein G., Stubhaug A. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. 2008; 101 (1): 17–24.
- Bron C., Dommerholt J.D. Etiology of myofascial trigger points. Curr Pain Headache Rep. 2012; 16:439–444.
- Coosemans A, Moerman P, Vergote I et al. Wilm's tumor gene 1(WT1) over expression in neurons in deep endometriosis: a pilot study. Fertil Steril 2009; 91 (4): 1441–4.
- Chapron C, Santulli P, Steuli I et al. Endometriosis: causes of pain. Int J Gynecol Obstet 2012; 119: S177.
- Edwards J., Knowles N. Superficial dry needling and active stretching in the treatment of myofascial pain – A randomised controlled trial. Acupunct in Med. 2003; 21:80–86.
- Flor H., Turk D. C. Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach. Seattle: IASP Press; 2011.
- Giamberardino MA. Women and visceral pain: are the reproductive organs the main protagonists? Minireview at the occasion of the "European week against pain in women 2007". Eur J Pain 2008; 12 (3): 257–60.
- Gunter J. Neurobiology of chronic pelvic pain. In: Chronic Pelvic Pain, ed. P. Vercellini; London, UK: Blackwell Publishing, 2011: 1–6.
- Gunter J. Neurobiology of chronic pelvic pain. In: Chronic Pelvic Pain, ed. P. Vercellini; London, UK: Blackwell Publishing, 2011: 1–6.
- Gyang A., Hartman M., Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know // Obstet. Gynecol. 2013 Mar. Vol. 121, N 3. P. 645–650.
- Kalichman K., Vulfsons S. Dry needling in the management of musculoskeletal pain. J Am Board Fam Med. 2010; 23:640–646.
- Lucas N., Macaskill P., Irwig L., et al. Reliability of physical examination for diagnosis of myofascial trigger points. A systematic review of the literature. Clin J Pain. 2009; 25:80–89.
- Lundeberg T., Lund I. Is there a role for acupuncture in endometriosis pain, or "endometrialgia." Acupunct Med. 2008; 26:94–110.
- Meister MR, Shivakumar N, Sutcliffe S, Spitznagle T, Lowder JL. Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2018 Nov; 219(5):497.e1–497.e13. doi: 10.1016/j.ajog.2018.06.014. Epub 2018 Jun 28.
- Mustafa Aziz YILDIRIM, Kadriye ÖNEŞ, Gökşen GÖKŞENOĞLU Effectiveness of Ultrasound Therapy on Myofascial Pain Syndrome of the Upper Trapezius: Randomized, Single-Blind, Placebo-Controlled Study. Arch Rheumatol. 2018 Dec; 33(4): 418–423.
- Sikdar S., Shah J.P., Gebreab T, et al. Novel applications of ultrasound technology to visualize and characterize myofascial trigger points and surrounding soft tissue. Arch Phys Med Rehabil. 2009; 90:1829–838.
- Spitznagle TM, Robinson CM. Myofascial pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014 Sep; 41(3):409–32. doi: 10.1016/j.ogc.2014.04.003. Epub 2014 Jul 9.
- Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2005; 27(8):781–826.
- Jarell J, Giamberardino MA, Robert M, Nasr-Esfahani M. Bedside Testing for Chronic Pelvic Pain: Discriminating Visceral from Somatic Pain. Pain Res Treat. 2011; 201: 692102.
- Unverzagt C., Berglund K., Thomas J.J. Dry Needling for Myofascial Trigger Point Pain: A Clinical Commentary. Int J Sports Phys Ther. 2015 Jun; 10(3): 402–418. https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/rehabilitation/vibration-chronic-pain

Статья поступила в редакцию 18.06.2020