

Міофасціальний біль і тунельні синдроми тазового регіону. Менеджмент терапії.

*Доктор медичних наук
Професор*

Ярошевський О.А.

Кафедра неврології та рефлексотерапії ННМІ НТУ ХПІ

Визначення
Міжнародного
товариства
з тазового
болю

Біль, локалізований в нижніх
відділах живота, і/або спини, і/або
в ділянці таза/промежини».

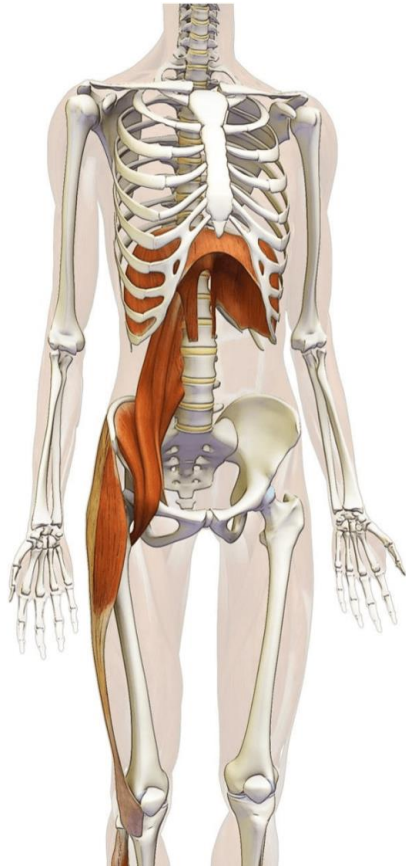
- Для діагностики та лікування тазового болю необхідний мультидисциплінарний підхід:
- Органи малого тазу тісно пов'язані між собою, мають загальну аферентну та еферентну іннервацію, кровообіг, м'язово-зв'язочний апарат.
- Цим пояснюється різноманіття клінічної симптоматики.

Що таке незапальний тазовий біль?

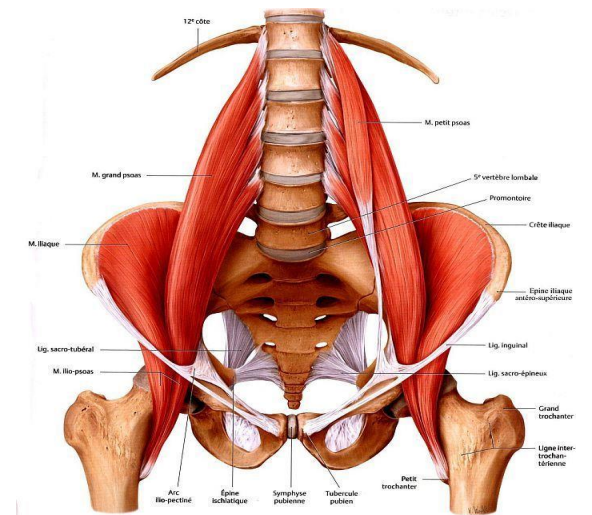
Погляд невролога

- Вертебральний синдром (ураження хребта) — радикулопатія
- Невралгія
- Тунельна нейропатія
- Міофасціальний біль
- Дисфункціональний (психогенний) біль

Основні м'язи, які здійснюють рухи в тазостегновому суглобі та хребетно-крижових зчленуваннях, а також сприяють зміщенням у власних зчленуваннях таза (які не мають самостійних рухів)



- ▶ М'язи живота: зовнішній, внутрішній косі , прямий , поперечний
- ▶ Великий та малий поперековий та клубовий
- ▶ Портняжні та великий м'яз, що приводить стегно
- ▶ Гребінчатий
- ▶ Напрягач широкої фасції стегна
- ▶ Сідничні
- ▶ Чотириголовий стегна
- ▶ Двоголовий , напівсухожилковий
- ▶ Грушеподібний
- ▶ Квадратний попереку
- ▶ Найдовший спини
- ▶ Клубово-реберний
- ▶ Верхній та нижній близнюкові

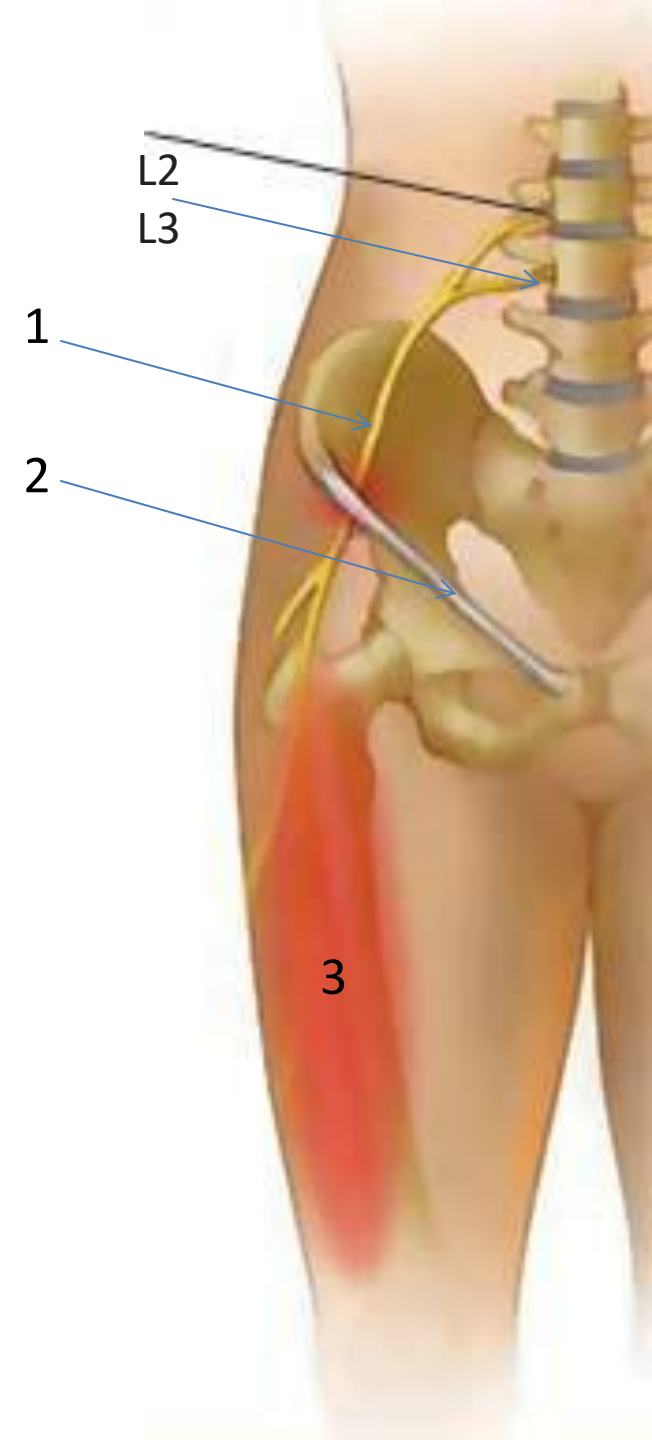


Тунельні синдроми тазового поясу

Парестетична мералгія Рота–Бернгардта :

- **Невропатія зовнішнього шкірного нерва стегна**
- Проявляється болем та чутливими порушеннями (парестезіями) на передньобічній поверхні стегна, супроводжується порушенням чутливості (L2–L3), потовиділення та росту волосся.

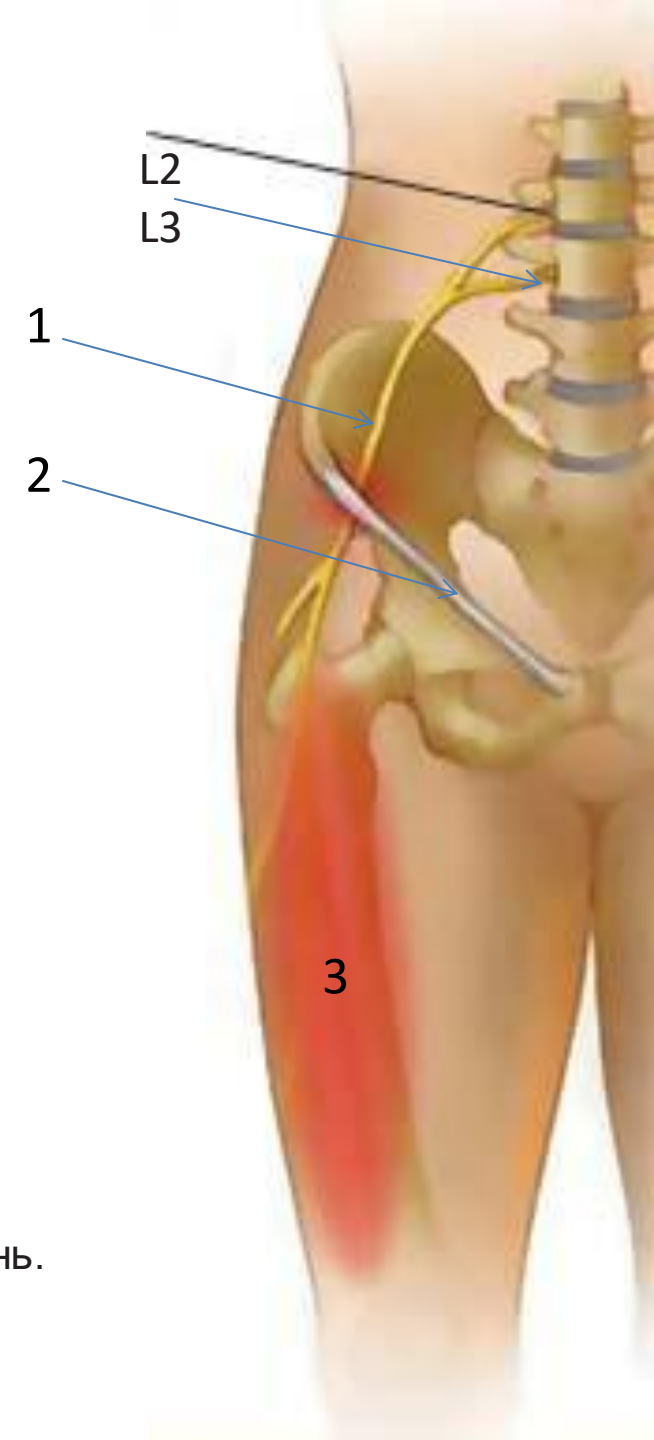
1 – зовнішній шкірний нерв стегна,
2 – пахова (пупартова) зв'язка,
3 – зона локалізації чутливих порушень.



Парестетична мералгія Рота–Бернгардта :

- **Симптом Гольдберга** (парестезії та біль при компресії пальцем)
- позитивний при пальпації пахової складки на 2–3 см медіальніше передньої верхньої ості клубової кістки

1 – зовнішній шкірний нерв стегна,
2 – пахова (пупартова) зв'язка,
3 – зона локалізації чутливих порушень.



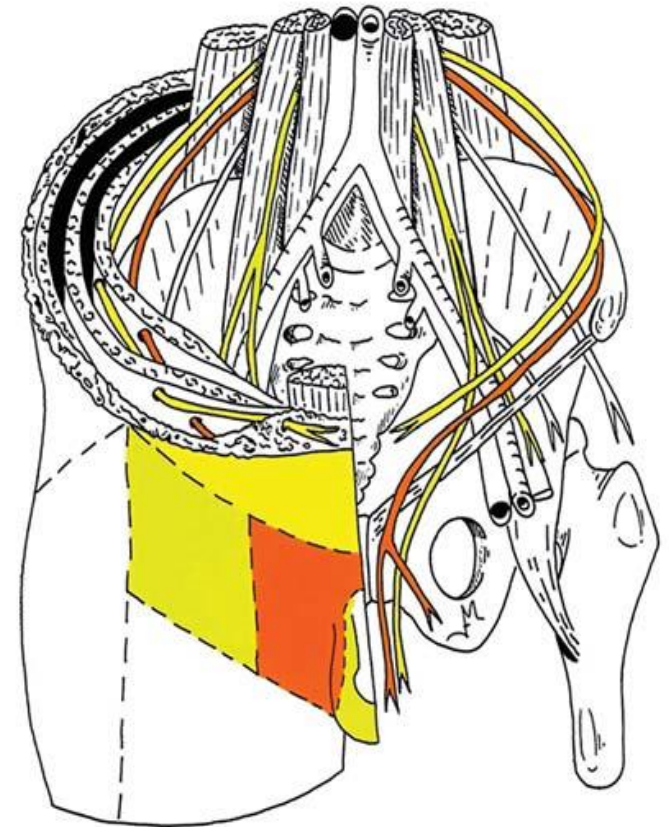
Синдром Мейджі–Лайона

- Тракційна невропатія стегново-статевого нерва (L1–L2) в місці його перегину через крижово-остисту зв'язку або сідничну ость.
- Проявляється болем в аногенітальній та сідничній ділянках та на передньовнутрішній поверхні верхньої третини стегна, який посилюється при ході, в положенні сидячи, при дефекації.
- Проба на розтягнення крижово-остистої зв'язки (приведення зігнутого стегна до протилежного плеча) провокує біль



Синдром Гольдберга–Амельяра

- **Компресійно-тракційна невропатія клубово-пахового нерва (L1)**
- - внаслідок перерозтягнення та компресії нерва в міжм'язових шарах нижньої частини черевної стінки в ділянці внутрішнього отвору пахового каналу паховою грижею, надлишковим відкладенням жиру.
- Проявляється болем у паховій зоні, який ірадіює по верхньо-внутрішній поверхні стегна, посилюється при напруженні черевної стінки, еректильною дисфункцією у чоловіків.
- Характерна хода з нахилом вперед, біль зменшується при згинанні стегна з ротацією всередину.



Тунельна невропатія статевого нерва (n.pudendus) S3 – S4

Інервує:

- м'яз, який піднімає сфінктер ануса,
- поперечний м'яз промежини,
- цибулино-печеристий м'яз ,
- шкіру передньої частини заднього проходу,
- задній бік мошонки або великих статевих губ,
- шкіру статевого члена або клітора,
- сечовипускальний канал та його сфінктер



Тунельна невропатія статевого нерва (n.pudendus) S3 – S4

- Компресія виникає під напруженим грушеподібним м'язом та внаслідок стискання крижово-остистою і крижово-бугорною зв'язками.
- Можливе ушкодження нерва під час пологів, внаслідок травми таза, пухлини



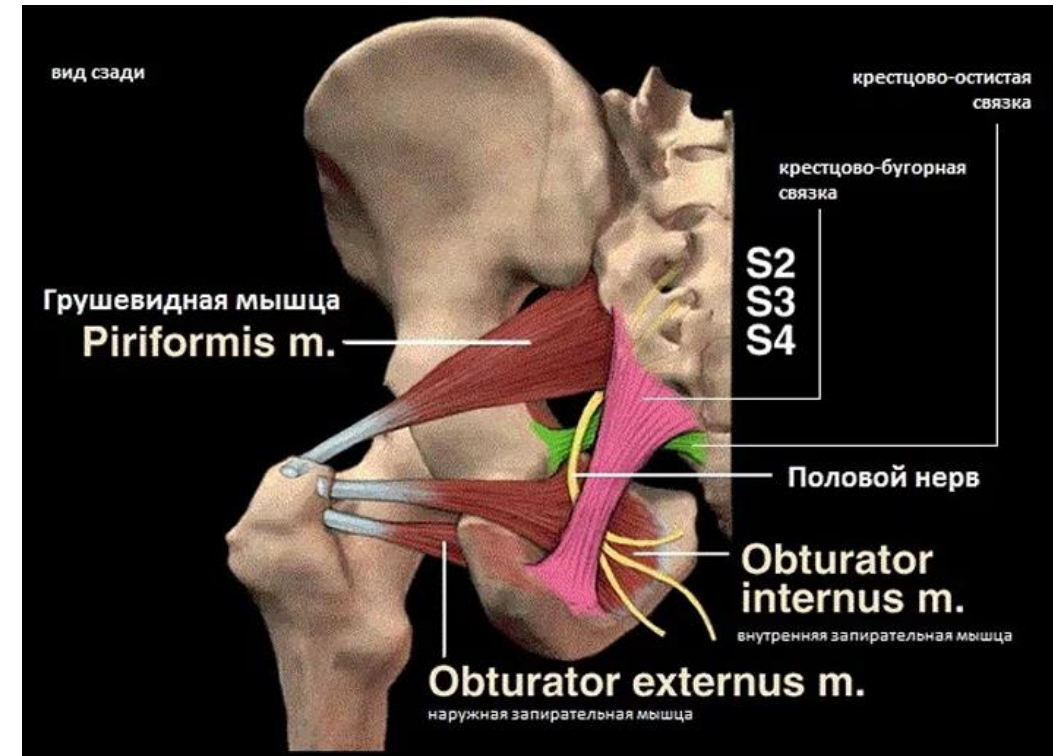
Тунельная невропатія статевого нерва (n.pudendus) S3 – S4

- **Характерно:** посилення одностороннього болю в положенні сидючи, при дефекації, статевому акті.
- Біль зменшується лежачи.
- Можливі сфінктерні порушення
- При неврологічному огляді єдиний симптом – порушення чутливості в зоні іннервації
- **Додаткові методи дослідження:**
 - ЕНМГ
 - Трансвагінальне УЗД з оцінкою кровоплину в а. та в. pudenda (при патології - зниження)
 - МРТ для виключення онкопатології



Невралгія S2–S4, або “синдром велосипедиста”

- Розвивається за рахунок компресії внутрішнього срамного нерва в ішіоректальній ямці між сідничною кісткою та внутрішнім м'язом у статевому каналі (Алкока)
- При односторонньому ураженні - біль та порушення чутливості в промежині, які посилюються в положенні стоячи, еректильна дисфункція.
- При двосторонньому ураженні приєднуються порушення функції зовнішніх сфінктерів



Синдром замикального каналу

- **Компресія замикального нерва (L2–L4)**

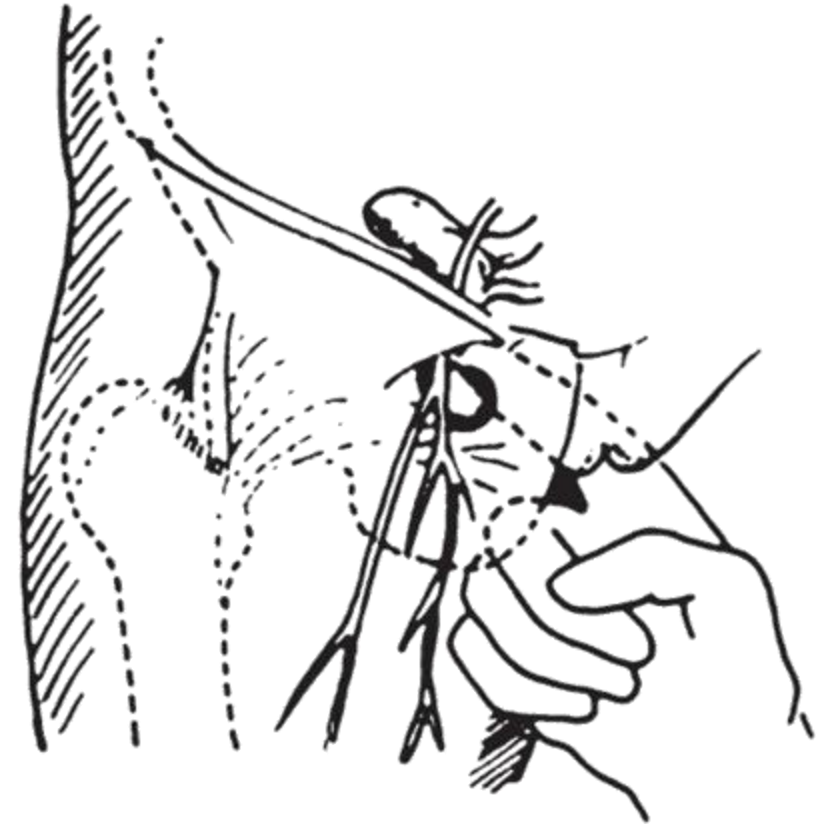
в замикальному каналі

- **за рахунок:**

- фіброза,
- остеофітів лонних кісток,
- кили каналу,
- травматичного набряку м'яких тканин

- **проявляється:**

- болем та порушеннями чутливості на внутрішній поверхні колінного суглоба (феномен Хаушипа–Ромберга),
- спазмами або парезом м'язів, що приводять стегно



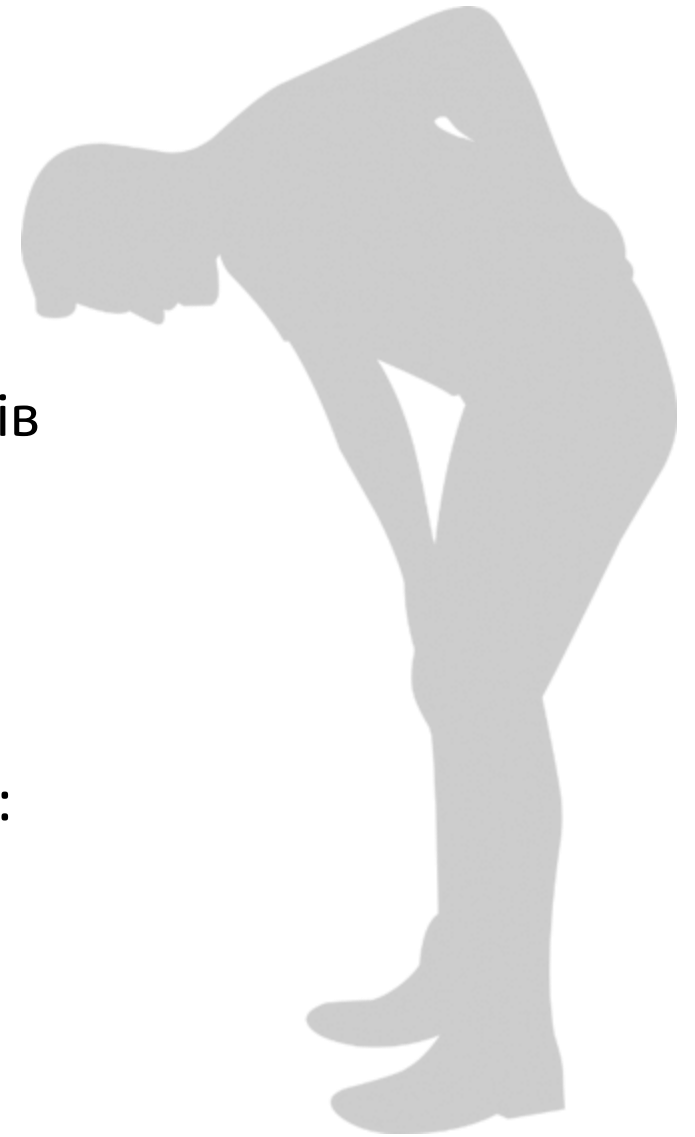
Міофасціальний синдром тазового дна

Незвичний та нерозповсюджений в нашій країні діагноз, що може бути пояснено декількома чинниками:

1. Синдром є міждисциплінарною проблемою – пацієнти звертаються до неврологів, урологів, проктологів, гінекологів .
2. Традиційно численні симптоми, які притаманні міофасціальному синдрому, відносять до хронічного простатиту, циститу і т.д
3. Немає вірогідних методів дослідження, які могли б підтвердити наявність міофасціального синдрому, діагностика спирається на досвід лікаря, чутливість його рук та клінічне мислення.

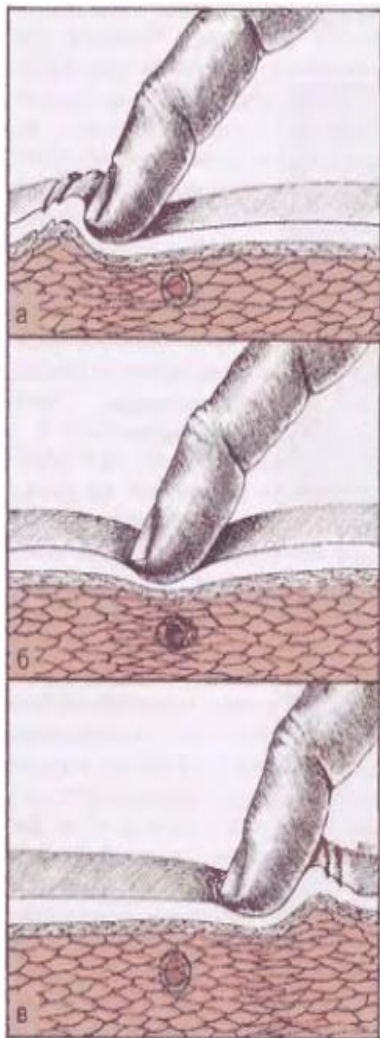
МФБС -
хронічний больовий синдром,
який виникає від одного чи декількох тригерних пунктів
в одному чи декількох м'язах

В класифікації хронічного болю IASP (1994)
в класі локальних
больових синдромів використовується також термін:
«синдром тригерного пункта».



Міофасціальна дисфункція

Порушення функції м'яза, яке проявляється м'язовим спазмом, наявністю зон відображеного болю, болючих м'язових ущільнень та тригерних точок.



Активні ТТ- фокуси гіперзбудливості в м'язі, які проявляються гострим болем в місці локалізації, навіть без їх подразнення, а також у віддалених областях. При стимуляції ТТ виникає «симптом стрибка».

Латентні ТТ зберігаються протягом багатьох років, при їх пальпації виникає локальна болючість без відображення болю.

Критерії МФБС (по I. Russell, 2008)

Основні (необхідні) критерії.

1. Тяж в м'язі при пальпації .
2. Ділянка локальної болючості в межах тяжа.
3. При натисканні на тлі локальної болючості відтворюється типовий для пацієнта патерн болю.
4. Болючість при пасивному рухові м'яза та можливе обмеження об'єму пасивних рухів

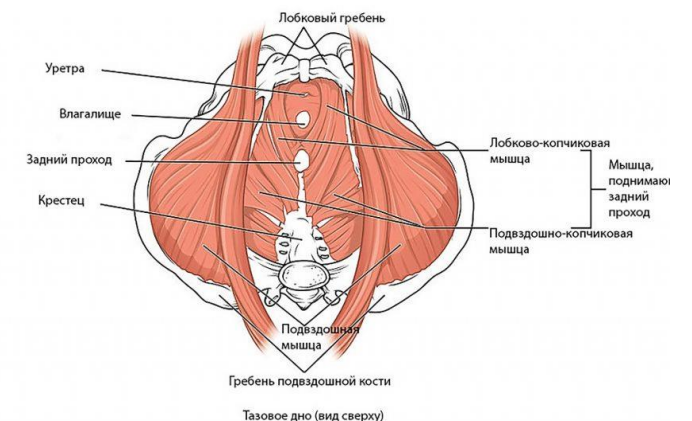
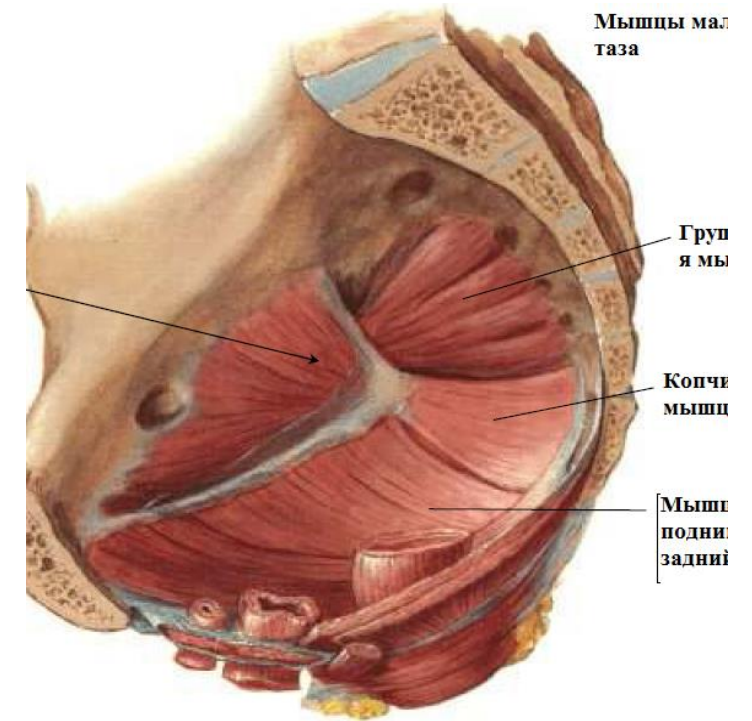
Додаткові симптоми

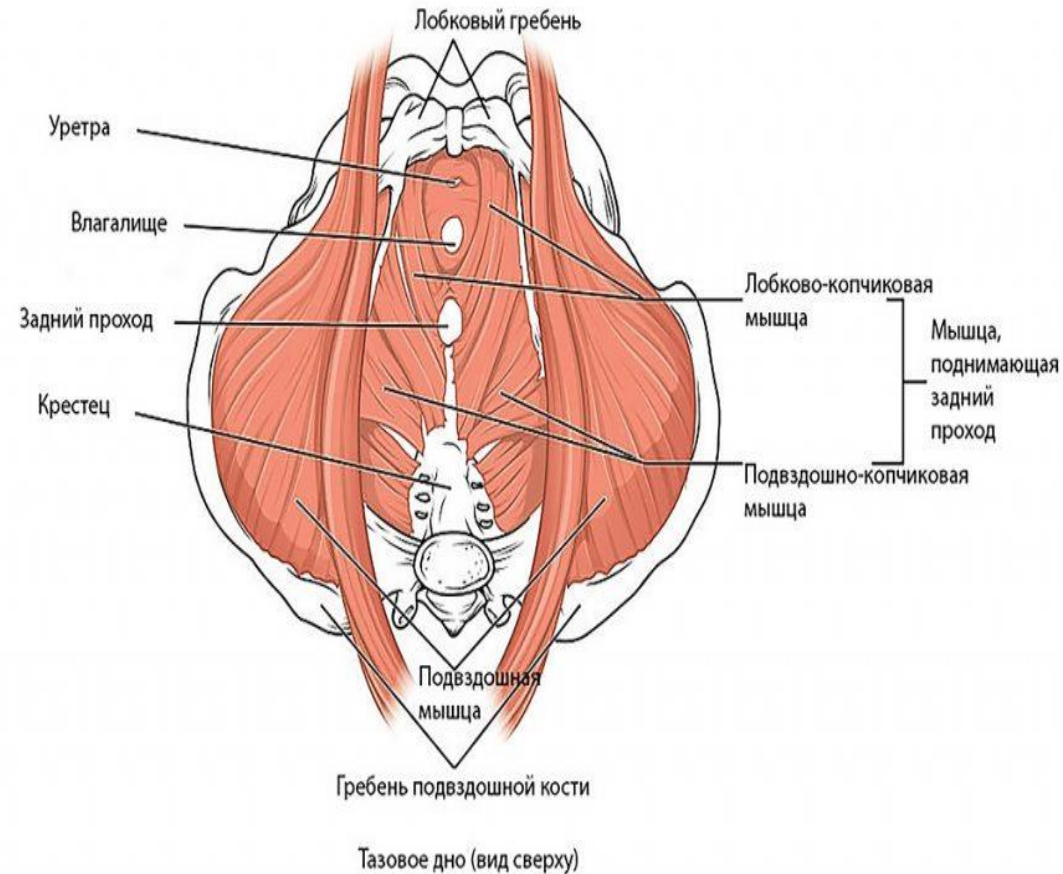
- a) Візуально чи пальпаторно виявляється локальне скорочення м'язів при пальпації чи перкусії ТЗ зацікавленого м'яза.
- b) Візуально чи пальпаторно виявляється локальне скорочення м'яза при уколі голкою.
- c) Поява відображеного болю чи парестезій при сдавленні ділянки локальної болючості в зоні, типовій для даної ТЗ.



Анатомія м'язів тазового дна

- **Тазове дно** утворюється м'язами та фасціями промежини, які підтримують сечовий міхур, матку у жінок і пряму кишку формують зовнішній сфінктер сечового міхура та сфінктер прямої кишки (анус).
- **Скорочення та розслаблення м'язів тазового дна** відіграє важливу роль в процесі сечовипускання, дефекації та сексуальної функції.
- .





Дисфункція м'язів тазового дна формується або при первинній наявності запального процесу в органах малого таза (цистита, уретрита, простатита) або вперше з'являється після сильного психоемоційного стресу.

Стан м'язів промежини може бути охарактеризовано наступним часом:

- нормальний стан м'язів тазового дна;
- гіперактивність м'язів тазового дна;
- гіпоактивність м'язів тазового дна;
- м'язи тазового дна, що не функціонують.

ГІПОАКТИВНІСТЬ

тазового дна

- стан, при якому м'язи не скорочуються відповідним чином;
- проявляється невтриманням сечі та калу.

Зустрічається рідко і є симптомом неврологічних захворювань.

ГІПЕРАКТИВНІСТЬ

тазового дна

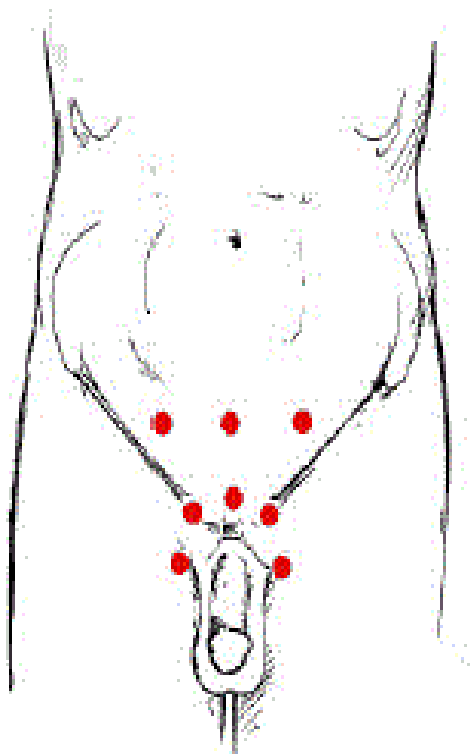
- неможливість до кінця розслабити м'язи, яка приводить до їх перенапруження та болючості внаслідок тривалої ішемії, тобто до міофасціального синдрому тазового дна або промежини.

Гіперактивність м'язів тазового дна, зазвичай, супроводжується формуванням міофасціальних ТТ

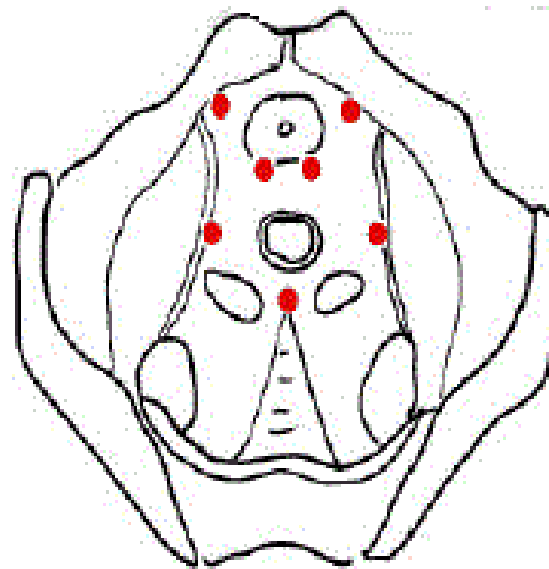
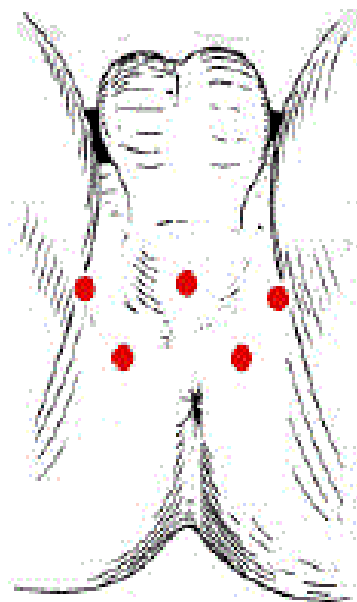
Важливо!!!

При синдромі хронічного тазового болю ТТ часто присутні не тільки в м'язах тазового дна, але й у м'язах черевної стінки, сідничних та ін.

Тригерні точки в ділянці тазового дна



Наружные триггерные точки



Внутренние
триггерные точки

Специфічні прояви МФБС тазової ділянки

- **Біль у промежині та/або статевих органах**
- **У чоловіків болить:** уретра, пеніс, яєчка, мошонка, зона поміж мошонкою та анусом, анус, сідниці, криж, копчик (кокцигодина).
- **У жінок:** уретра, вульва, анус та зона навкруги, а також сідниці.
- Біль може бути одно- або двобічним.
- Біль посилюється при виконанні деяких рухів или в определенных позах, на тлі стресу, під час або після статевого акту, а також пов'язана з сечовипусканням та дефекацією.
- Полегшення приносить тепло, фізичне навантаження, іноді алкоголь в помірній кількості.

Неспецифічні прояви МФБС тазової ділянки

Відчуття постійного позиву до сечовипускання

- Пацієнти скаржаться на часте сечовипускання частіше вдень, але можливе і вночі.
- На відміну від гіперактивного сечового міхура, позив виникає поступово, його можна терпіти, і він ніколи не супроводжується недовільним вивільненням сечі.
- Відчуття полегшення після сечовипускання немає, хочеться повернутися до туалету знову.
- Часто позив зовсім не проходить, але від нього можна відволіктися цікавим, важливим заняттям.

Утруднене сечовипускання

- Симптом може бути непостійним. В комфортних обставинах випорожнити сечовий міхур легше, а в не комфортних - важче.

Неспецифічні прояви МФБС

Біль внизу живота

- Симптом, який потребує диференційної діагностики з захворюваннями внутрішніх органів (проведення колоноскопії, гістероскопії, цистоскопії тощо).

Вульводинія (у жінок) або клітородинія

- Біль постійний або при дотику. Особливо болючим виявляється легкий дотик ватною паличкою (cotton swab test).
- Пацієнтки не можуть носити білизну, неможливе статеве життя.

Диспауренія (у жінок) - біль у промежині або внизу живота при статевому акті.

Біль при сім'явипорскуванні (у чоловіків) – Потребує виключення запальних захворювань статевих органів. Може зберігатися від декількох хвилин до днів та тижнів.

Неспецифічні прояви МФБС

Біль після оргазма (чоловіки та жінки)

Запори та важка дефекація

- Могут быть связаны с гипертонусом или спазмом мышцы, поднимающей задний проход. Слабительные препараты, как правило, оказываются не эффективны. Нередко на фоне миофасциального синдрома промежности образуются **анальные трещины**.

Відчуття инородного тіла в прямій кишці та промежині

Відчуття гіперемії, набряку статевих органів, у чоловіків - **постійної невеликої ерекції**, не пов'язаної зі статевим збудженням.

Емоційний стрес, тривога та депресія

Послідовність немедикаментозного лікування МФБС

- Мета - Десенсибілізація тканин з алодінією.
- Спочатку проводяться рефлексотерапевтичні методики на непервинні (віддалені) для тазового болю ТТ.
- Після зменшення надмірної чутливості починають безпосередній вплив на тканини з алодінією.

Послідовність немедикаментозного лікування МФБС

- Розслаблення спазмованих м'язів та сполучної тканини в нижніх відділах тулуба з особливою увагою на зони Захар'їна-Геда
- Розслаблення спазмованих м'язів та ліквідація ТТ з використанням мануальної терапії та ін'єкцій в ТТ.

Важливо! Спочатку використовуються міорелаксаційні техніки на зовнішні м'язи. Фармакопунктуру слід використовувати при більш локалізованому болеві

Послідовність немедикаментозного лікування МФБС

- Усунення дисбаланса м'язів тазового дна. При вкороченні та напрузі м'язів їх розтягають та подовжують. Силові вправи тільки при слабкості м'язів.
- Усунення патології крижово-клубових суглобів, лобкового симфізу, крижово-куприкового зчленування і тазостегнвого суглоба

Послідовність немедикаментозного лікування МФБС

- Розробка комплексу лікувальної гімнастики з використанням аеробних, силових та релаксаційних вправ

Вправи для м'язів тазового дна

① Вихідне положення: ноги на ширині плечей, руки на сідницях. Так ми зможемо контролювати цю групу м'язів. Напружуємо м'язи тазового дна у напрямі зверху до середини



② Вихідне положення: на колінах (собачка). Головою впираємося в руки. Напружуємо м'язи тазового дна у напрямі зверху до середини

③ Вихідне положення: лежачи на животі, одна нога зігнута в коліні. По черзі напружуємо і розслаблюємо м'язи тазового дна



④ Вихідне положення: лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, розведені в боки, п'ятами опираємося об підлогу. Одну руку ставимо на живот, іншу — під однією сідницею. Підтягуємо руки й скорочуємо м'язи тазового дна



⑥ Вихідне положення: ноги на ширині плечей, руками опираємося об коліна, напружуємо м'язи тазового дна. Спину випрямлюємо й зверху до середини напружуємо м'язи промежини



Спина випрямлена, ноги схрещені. Не відриваючи сідниць від підлоги, напружуємо м'язи тазового дна у напрямі зверху досередини





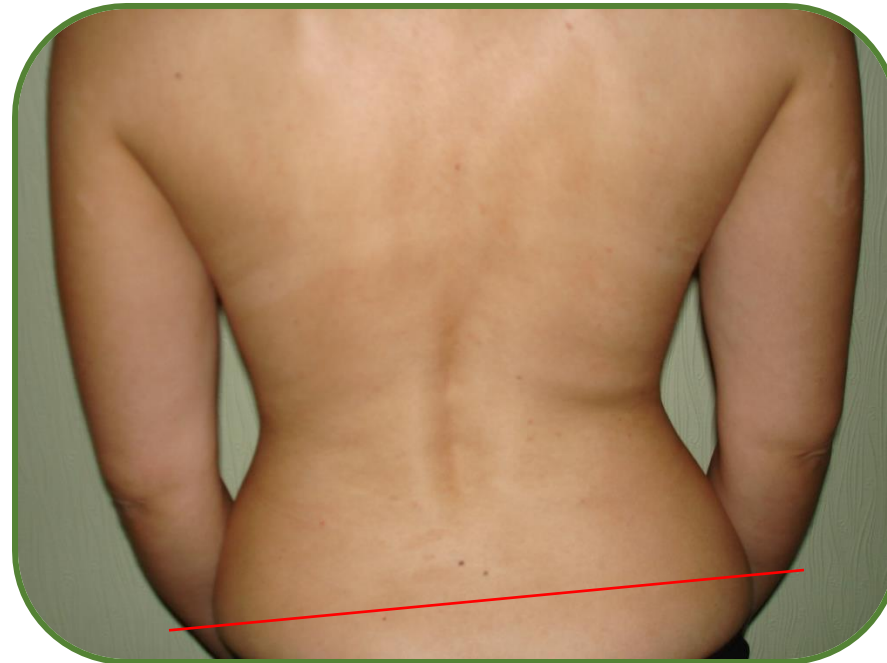
Загальні принципи лікування міофасціального болю

- Постізометрична релаксація (ПІР)
- Постреципрокна релаксація (ПРР)
- Розтягнення та протягнення
- Пресура та міотерапія

- Поєднання ПІР та пресури
- Постізотонічна релаксація (ПІТР)
- Міофасціальна пунктура та міофасціотомія
- Акупунктура та біопунктура
- Фармакопунктура
- Поєднання акупунктури та релаксаційних методик
- Психотерапія



Візуальна діагностика біомеханічних порушень



Синдром
грушоподібного
м'яза



Анатомія грушоподібного м'яза

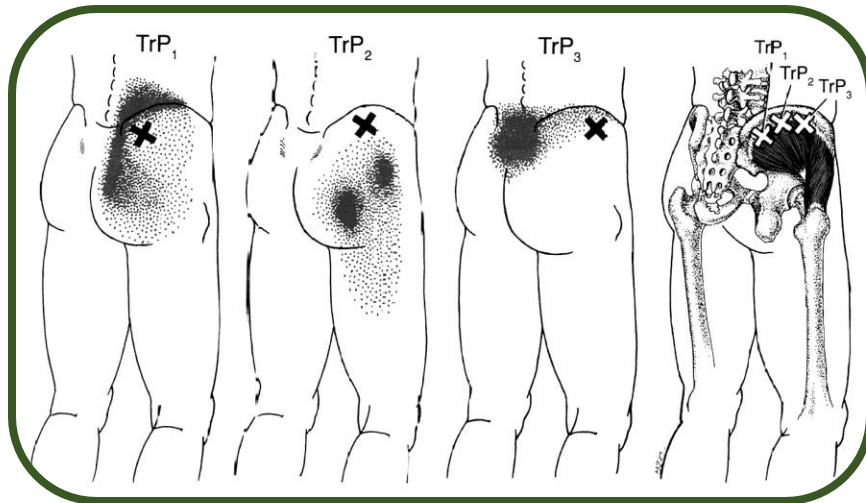
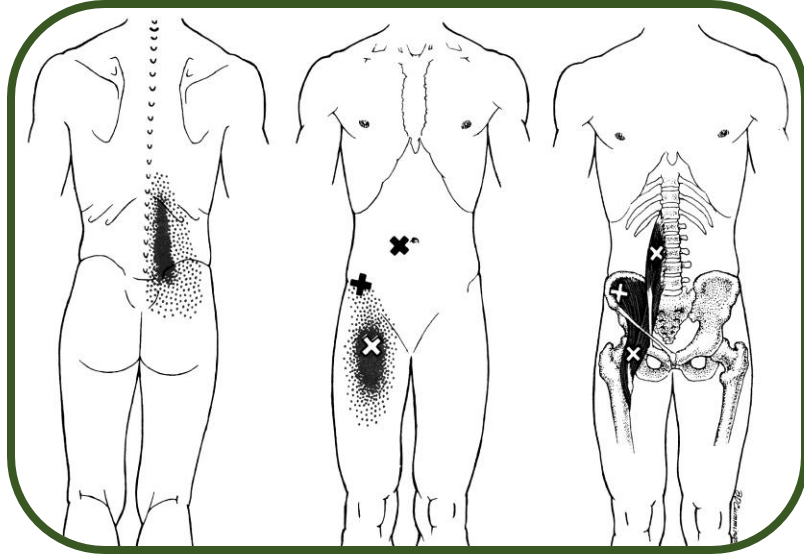


Клінічні прояви синдрому грушеподібного м'яза

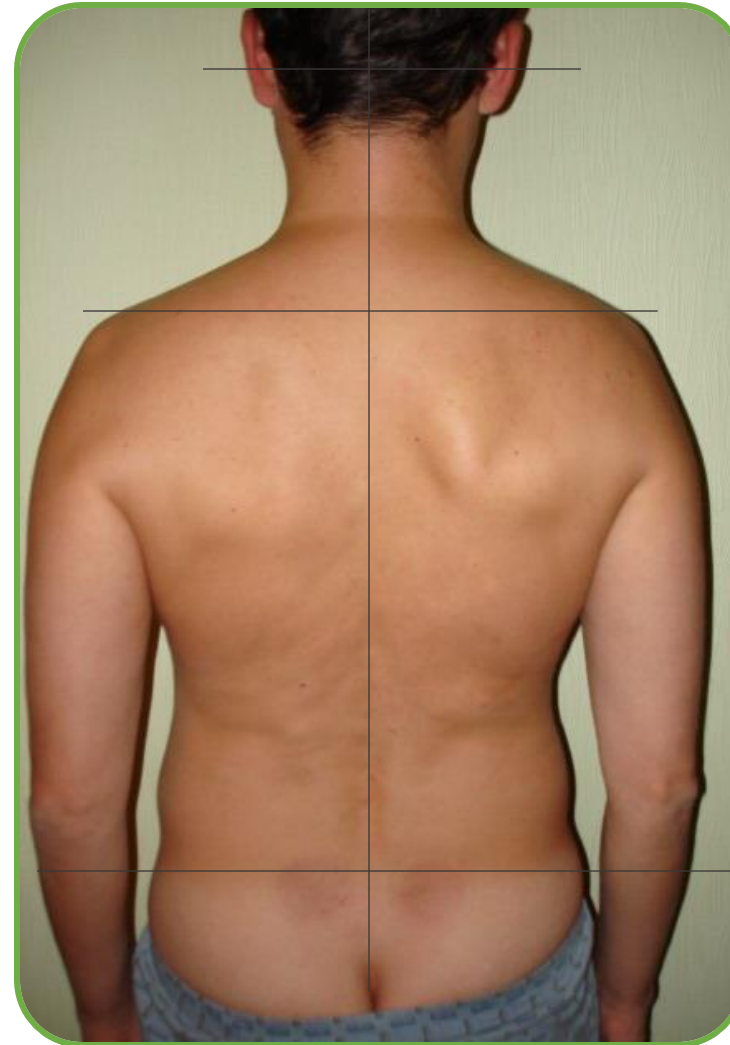
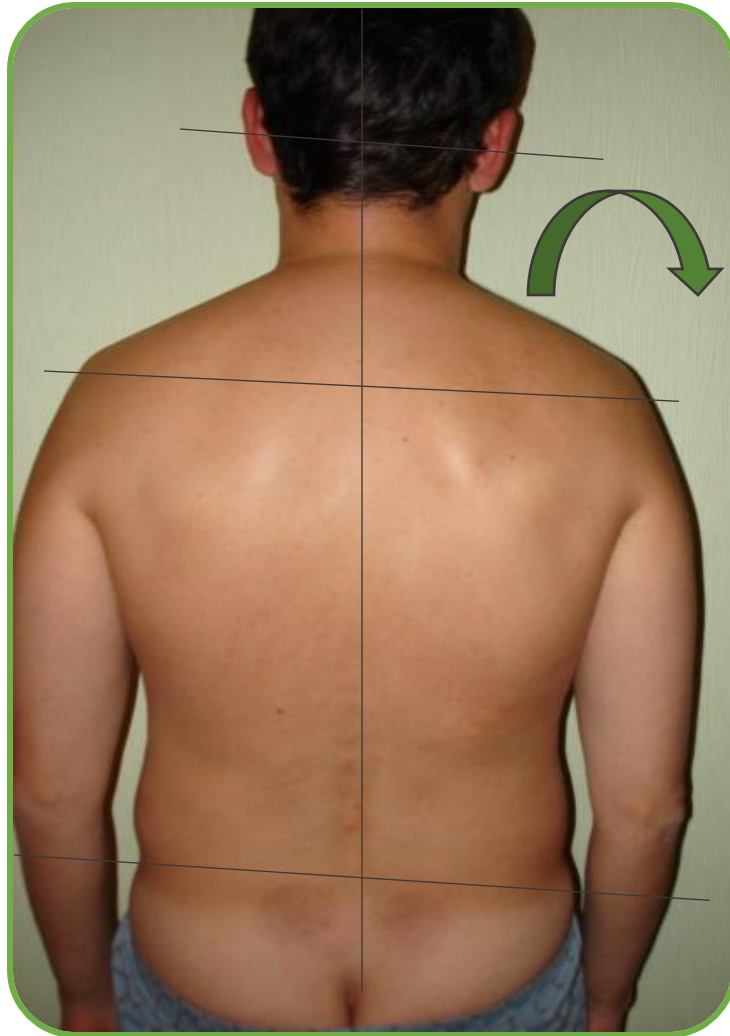
- Спазмований грушеподібний **м'яз** завжди викликає іпсилатеральну зовнішню ротацію стегна
- На спині в розслабленому стані іпсилатеральна стопа ротується назовні
- Активні зусилля повернути стопу до середньої лінії провокують біль



Локалізація міофасціальних ТТ у пацієнтів з болем у ділянці тазового поясу



Клінічний приклад з візуальними результатами



Результати системи відновлювального лікування

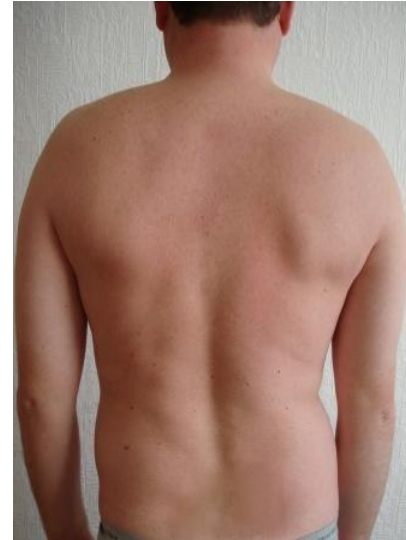
Клінічний приклад



а)



б)



с)

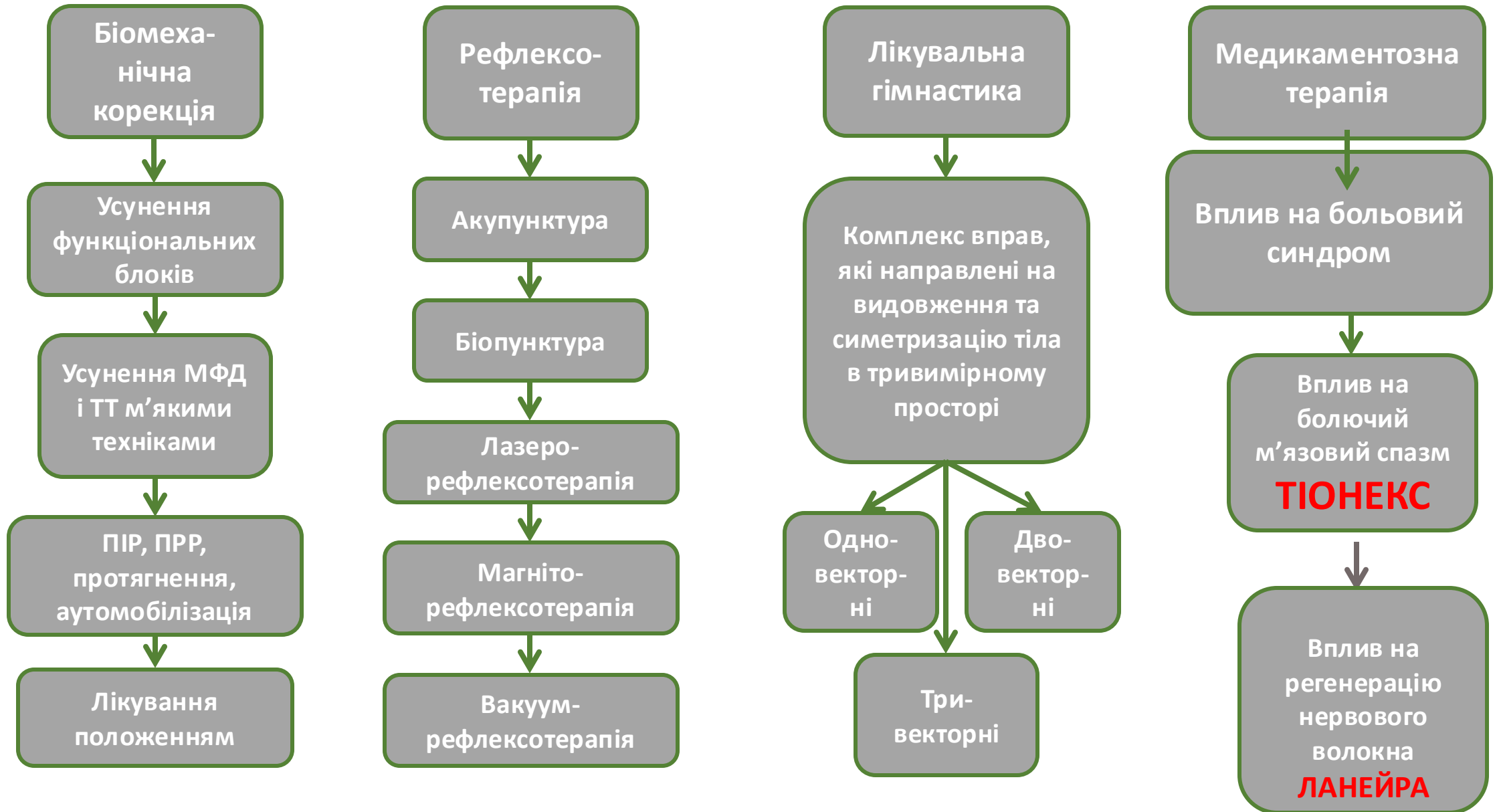
Результати терапії пацієнта В., 35 років з попереково-крижовим болем:

а) до лікування,

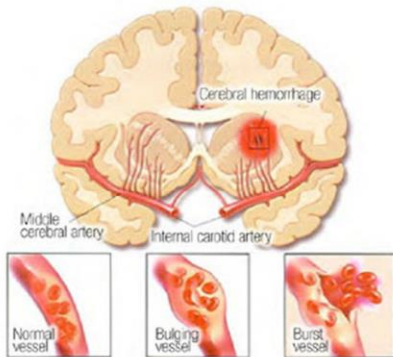
б) після першого лікувально- відновлювального сеанса,

с) після другого лікувально- відновлювального сеанса

Узагальнена схема лікування болю тазового регіону



Розповсюдженість нейропатичного болю



КОМОРБІДНІСТЬ

Коморбідність (з лат. со - разом + morbus - хвороба) - наявність декількох хронічних захворювань, пов'язаних між собою єдиним патогенетичним механізмом.

Коморбідність передбачає наявність додаткової клінічної картини, ускладнень та перебігу, не властивих основній хворобі, а також суттєвий вплив на якість і тривалість життя.

Результати аналізу коморбідності в 10-річному популяційному австралійському дослідженні свідчать, що кількість коморбідних станів суттєво підвищується з віком — від 10% у осіб віком до 19 років, до 80% в осіб віком ≥ 80 років.



Навчально-науковий медичний інститут (ННМІ НТУ "ХПІ")

КАФЕДРА НЕВРОЛОГІЇ та РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ



Контакти:

Навчально-науковий медичний Інститут (ННМІНТУ «ХПІ»)

тел. +38 (098)544-22-06
тел. +38 (050)514-29-14
e-mail: med@khp.edu.ua

Кафедра неврології та рефлексотерапії

тел. +38 (050) 669-36-65
тел. +38 (050) 282-40-28

АДРЕСА КАФЕДРИ

Комплекс «Гігант»,
вул. Пушкінська 79,
м. Харків, 61002



АДРЕСА УНІВЕРСИТЕТУ

вул.Кирпичова, 2,
м.Харків-61002
web-сайт: www.kpi.kharkov.ua

Штат кафедри:



Завідувачка кафедри
Морозова Ольга Григорівна
доктор медичних наук, професор

Професор кафедри
Ярошевський Олександр Анатолійович
доктор медичних наук, професор



Доцентка
Реміняк Інна Вадимівна
канд. мед. наук, доцент,
ст. наук співр.

Асистентка
Варешнюк Олена Василівна



Наукові напрямки роботи кафедри:

Розробка диференційованих підходів медикаментозного та немедикаментозного лікування вертеброгенних та міофасціальних больових синдромів різних локалізацій, а також головного болю з урахуванням механізмів формування.

Корекція вегетативно-емоційних та когнітивних порушень у хворих із хронічними церебральними ішеміями та постковідними синдромами.

Навчально-педагогічна робота кафедри

На базі кафедри здійснюється післядипломна підготовка з неврології та рефлексотерапії:

Інтернатура за фахом «Неврологія»

Спеціалізація за фахом «Неврологія» (5 міс.) та «Рефлексотерапія» (2 міс),

Стажування за фахом «Неврологія» та «Рефлексотерапія».

Тематичне вдосконалення

Нові аспекти діагностики та лікування головного болю

Сучасні стандарти лікування болю у спині з позицій доказової медицини

Менеджмент міофасціальних больових синдромів у неврології

Вибрані питання неврології в роботі лікаря загальної практики

Рефлексотерапія в лікуванні гострих та хронічних больових синдромів

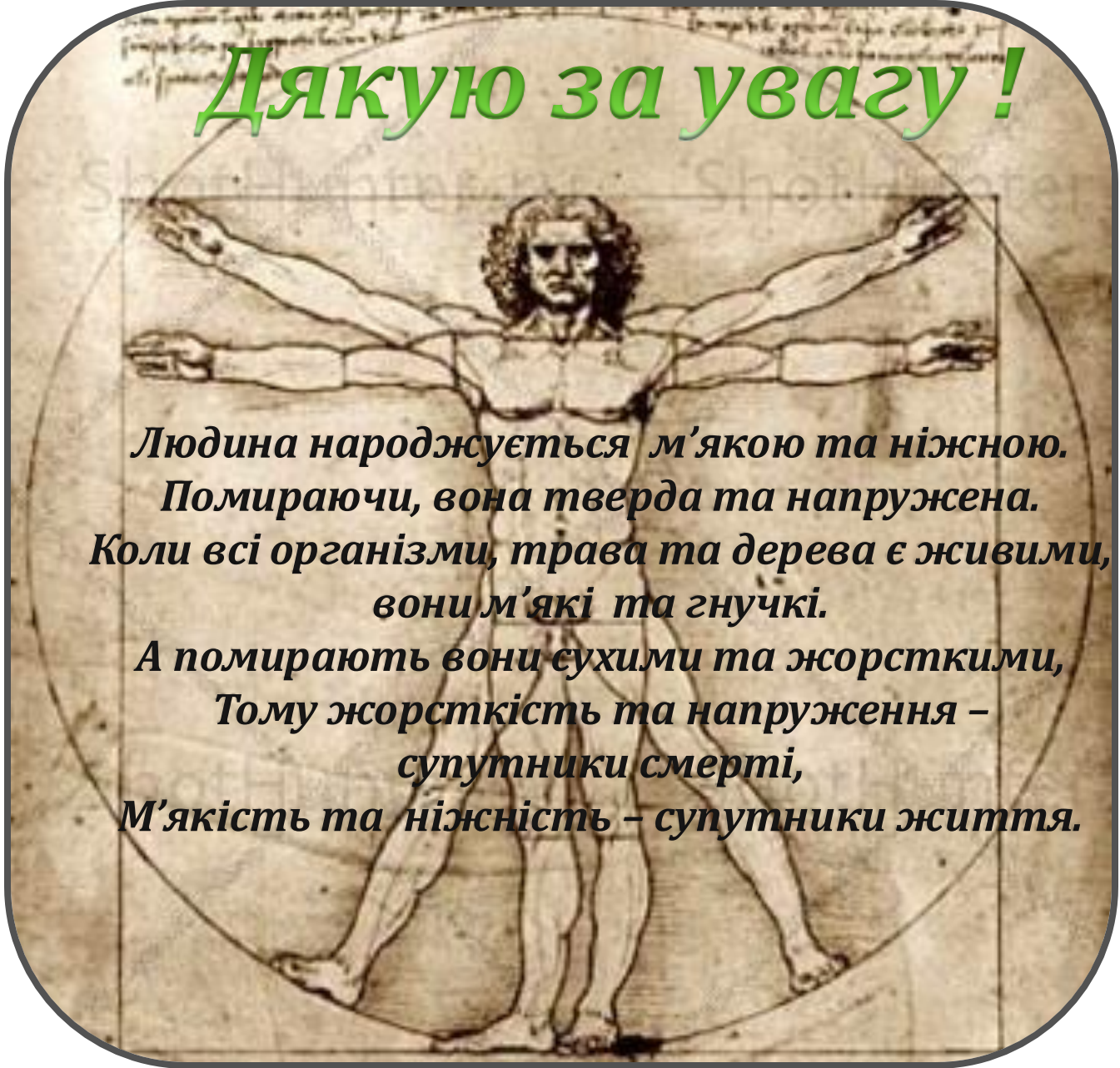
Рефлексотерапія в лікуванні та профілактиці внутрішніх хвороб

Рефлексотерапія в неврології та ортопедії

Неінвазивні методи рефлексотерапії в практиці сімейного лікаря

Нейрофізіологічна діагностика бойової травми периферичної нервової системи

Дякую за увагу!



*Людина народжується м'якою та ніжною.
Помираючи, вона тверда та напружена.
Коли всі організми, трава та дерева є живими,
вони м'які та гнучкі.
А помирають вони сухими та жорсткими,
Тому жорсткість та напруження –
супутники смерті,
М'якість та ніжність – супутники життя.*