




RS Global
Journals

Scholarly Publisher
RS Global Sp. z O.O.
ISNI: 0000 0004 8495 2390

Dolna 17, Warsaw, Poland 00-773
Tel: +48 226 0 227 03
Email: editorial_office@rsglobal.pl

JOURNAL	World Science
p-ISSN	2413-1032
e-ISSN	2414-6404
PUBLISHER	RS Global Sp. z O.O., Poland
ARTICLE TITLE	МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ
AUTHOR(S)	Сергій Франк, Михайло Франк, Георгій Франк
ARTICLE INFO	Sergii Frank, Michael Frank, George Frank. (2020) Manual Therapy for Treating Chronic Pelvic Pain Syndrome. World Science. 7(59). doi: 10.31435/rsglobal_ws/30092020/7162
DOI	https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30092020/7162
RECEIVED	11 July 2020
ACCEPTED	08 August 2020
PUBLISHED	15 August 2020
LICENSE	 This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License .

© The author(s) 2020. This publication is an open access article.

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Сергій Франк,

Ортопед-травматолог, мануальний терапевт, МЦ «Український Травмоцентр», Київ, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0053-6898>

Михайло Франк,

Інтерн, мануальний терапевт, МЦ «Український Травмоцентр», Київ, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5145-9290>

Георгій Франк,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, фельдшер, мануальний терапевт,
МЦ «Український Травмоцентр», Київ, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2377-1337>

DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30092020/7162

ARTICLE INFO

Received: 11 July 2020

Accepted: 08 August 2020

Published: 15 August 2020

KEYWORDS

chronic pelvic pain syndrome,
prostate pain syndrome, bladder pain
syndrome, vaginal pain syndrome,
manual therapy, shock-wave
therapy.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain syndrome is a combination of multiple chronic urogenital pain syndromes. This paper deals with only some of them such as: prostate, bladder and vaginal pain syndromes as well as the possibility of treating non-infectious instances of the said syndromes with manual therapy. The study proves that manual therapy combined with shock wave therapy can successfully aid patients with treatment-resistant manifestations of chronic pelvic pain syndrome, in particular, prostatic, bladder and vaginal pain syndromes, who haven't been able to achieve their desired results through conventional treatment.

Citation: Sergii Frank, Michael Frank, George Frank. (2020) Manual Therapy for Treating Chronic Pelvic Pain Syndrome. *World Science*. 7(59). doi: 10.31435/rsglobal_ws/30092020/7162

Copyright: © 2020 **Sergii Frank, Michael Frank, George Frank.** This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Вступ. При лікуванні методами мануальної терапії патологій попереково-крижового відділу хребта доволі часто доводиться боротися з хронічним тазовим болем (ХТБ). Але далеко не завжди цей біль викликаний захворюваннями хребта. Не рідко хронічний тазовий біль поєднує в собі численні синдроми хронічного сечостатевого болю, механізми виникнення яких надзвичайно різноманітні і далеко не завжди добре вивчені.

ХТБ локалізується в області тазу, не пов'язаний зі злоякісними новоутвореннями, може зустрічатися як у чоловіків, так і в жінок [3]. Міжнародне товариство з проблем нетримання сечі (ICS) в 2002 р. дало наступне формулювання синдрому тазового болю (СТБ): «Персистуючий або рецидивуючий тазовий біль, асоційований із симптомами дисфункції нижніх сечових шляхів, кишковими, сексуальними і гінекологічними дисфункціями. При цьому інфекційні агенти або явні патологічні процеси, які могли б спричинити болі, не встановлені» [1, 3].

Згідно з «Клінічними настановами» [3] **синдром хронічного тазового болю (СХТБ)** включає урологічний, гінекологічний, аноректальний, нервовий, м'язовий біль. В свою чергу урологічний біль проявляється больовими синдромами: сечоміхуровим, уретральним, простатичним, мошонковим, пенільним [3]. Гінекологічний больовий синдром буває вагінальним, вульварним, таким, що розвинувся на фоні ендометриту [3].

В той же час хронічний тазовий біль може бути викликаний синдромами нетазового болю, як то неврологічним, чи урологічним [3].

Хронічний тазовий біль, пов'язаний із патологіями хребта, успішно лікується методами мануальної терапії, але, як показує лікарська практика і підтверджують наукові джерела [3, 11, 12], багато синдромів тазового болю, спричинених захворюваннями органів тазу, також впевнено піддаються мануальному лікуванню. Адже і при хворобах хребта і при багатьох синдромах тазового болю, пов'язаних із захворюваннями органів тазу, наявні блокування в суглобах хребта, які і є однією з причин даних патологій [7, 10].

Хворий, який із болями в нижній ділянці спини звертається до ортопеда-травматолога мануального терапевта, перш за все прагне з допомогою профільного спеціаліста позбутися проблем у попереково-крижовому відділі хребта, тому не завжди озвучує всі скарги й перелік вже діагностованих захворювань в області тазу, що його турбують не один рік і від них він безуспішно лікується. Але часто, коли хвороба органів тазу неінфекційного походження і має зв'язок із зміщенням розташування хребців один відносно одного та защемленням пов'язаних із ними нервових закінчень, саме мануальний терапевт здатен успішно подолати недугу [7, 10]. Якраз на деяких із таких випадків і буде зосереджена увага в даній статті.

Хронічний тазовий біль поєднує в собі численні синдроми хронічного сечостатевого болю, в даній публікації ми зосередимося лише на кількох із них, зокрема: простатичному, сечоміхуровому і вагінальному, та розглянемо можливості лікування їх мануальними методами у разі неінфекційного виникнення цих синдромів.

Мета даного дослідження – вивчити результати впливу мануальної терапії на больові синдроми внутрішніх органів тазу, які формують синдром хронічного тазового болю.

Матеріали і методи.

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування методами мануальної терапії в МЦ «Український Травмоцентр» загалом 52 пацієнтів із синдромом хронічного тазового болю, локалізованого у внутрішніх органах тазу, в період з квітня 2016 по квітень 2020 року. Із них урологічний біль у 22 пацієнтів (42,3%) проявлявся простатичним больовим синдромом, у 21 особи (40,4%) – сечоміхуровим больовим синдромом; гінекологічний біль у 9 пацієток (17,3%) був викликаний вагінальним больовим синдромом. Усі хворі дослідницької групи, окрім хронічних больових синдромів, локалізованих у тазових органах, мали різні патології попереково-крижового і часто грудного відділів хребта. Контрольна група складала 53 особи, які страждали на різні патології попереково-крижового відділу хребта і не мали СХТБ.

Обстеження хворих у МЦ «Український Травмоцентр» передбачало проведення огляду ортопедом-травматологом мануальним терапевтом, а також, при необхідності, для уточнення локалізації патології, виконання рентгену, КТ, МРТ цільових ділянок хребта. Мануальна діагностика включала ручну діагностику рухомості і «суглобової гри» дуговідросткових (фасеткових) суглобів за допомогою пасивних рухів і зміщень в різних площинах вісей руху хребта, спеціальні прийоми досліджень функціонального стану м'язової сфери і рухового стереотипу з метою визначення ділянок функціональної блокади рухових сегментів хребта [7, 8, 15]. Вимірювання інтенсивності болю здійснювалося методом оцінки больових відчуттів за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Позитивним результатом лікування вважалося зниження больового синдрому на 80% і більше.

У даній публікації ставилося завдання дослідити вплив мануальної терапії на больові синдроми внутрішніх органів тазу, які є складовими синдрому хронічного тазового болю, шляхом подолання патологій попереково-крижового відділу хребта.

Лікування здійснювалося за авторською методикою С. Франка [5, 6], в основу якої покладені кращі досягнення європейської школи мануальної терапії К. Левіта [10], розвинені й доповнені власними напрацюваннями автора і досягненнями українських колег. Європейська школа мануальної терапії К. Левіта бачить передумови для мануального лікування в порушенні функції рухової системи. Найбільш адекватний метод лікування зворотних функціональних обмежень руху – це маніпуляції [10, с. 20]. Мета маніпуляційного лікування полягає у відновленні функції суглоба в тих місцях, де вона загальмована (блокована) [10, с. 23]. Об'єктом маніпуляції є функціональні порушення, в основному блокування в суглобах. Під блокуванням розуміють обмеження руху в руховому сегменті [10, с. 20]. Авторська методика С. Франка захищена науковими публікаціями в європейській науковій медичній періодиці [5-8].

Суть методу полягає в застосуванні прийомів мануальної терапії (мобілізації, маніпуляції, тракції, форсованої флексії, пасивних вправ) в поєднанні, за потреби, з ударно-хвильовою терапією (УХТ). Використання цих двох компонентів у одній методиці дозволяє здобути синергетичний ефект [5-8].

Вказана методика після зібраного анамнезу передбачає:

- Уточнення пальпацією і, за потреби, датчиком УХТ локалізації блокованих сегментів і тригерних точок.

- Використання УХТ, за потреби, для зниження больової чутливості в цільових зонах, покращення трофічної функції нерва, посилення кровообігу на ділянці блокованого сегмента по ходу нерва, який турбує, в м'яких тканинах, у виростках кісток, суглобах і місцях, де нерв входить у вузькі канали (при цьому рівень енергії має утримуватися в максимальних комфортних для пацієнта межах).

- Застосування прийомів мануальної терапії на ділянках хребта в наступній послідовності: поступове зменшення зміщення й ротації окремих хребців дуги викривлення та торсії сегментів цієї дуги в зоні їх рухливості.

- Періодичне повторення вказаних процедур до отримання позитивного клінічного результату [5-8].

Даний метод успішно практикується протягом останніх п'ятнадцяти років для лікування також і неінфекційних больових синдромів внутрішніх органів тазу, які є складовими синдрому хронічного тазового болю.

Результати та їх обговорення.

У період із квітня 2016 по квітень 2020 року дослідницька група із 52 пацієнтів із синдромом хронічного тазового болю, локалізованого у внутрішніх органах тазу, проходила лікування методами мануальної терапії в МЦ «Український Травмоцентр». До групи входили хворі з урологічним боєм: 22 чоловік (42,3%) з простатичним больовим синдромом (ПБС) та 21 чоловік (40,4%) – з сечоміхуровим больовим синдромом (СМБС), а також 9 пацієнок (17,3%) з гінекологічним боєм, викликаним вагінальним больовим синдромом (ВБС). У дослідженні взяли участь 32 (61,5%) чоловіків віком від 33 до 72 років, середній вік 59 років; і 20 (38,5%) жінок віком від 22 до 68 років, середній вік 50 років. Середній вік усіх пацієнтів становив 55 років. Усі хворі дослідницької групи, окрім хронічних больових синдромів, локалізованих в тазових органах, мали різні патології попереково-крижового відділу хребта. Контрольна група складала 53 особи, з них 32 (60,4%) чоловіків і 21 (39,6%) жінка. Вік пацієнтів: чоловіків – від 30 до 71 року, середній вік – 59 років; жінок – від 20 до 68 років, середній вік – 50 років. Загальний середній вік пацієнтів – 55 років. Усі хворі контрольної групи страждали на різні патології попереково-крижового відділу хребта і жоден із пацієнтів не мав СХТБ.

До початку лікування в МЦ «Український Травмоцентр» усі хворі дослідницької групи мали встановлений іншими медичними закладами діагноз СХТБ чи конкретних неінфекційних захворювань внутрішніх органів тазу, пов'язаних із простатичним, сечоміхуровим та вагінальним больовими синдромами. Крім того всі вони мали негативний досвід тривалістю 1-10 років лікування цих патологій у різних медичних закладах методами, не пов'язаними з мануальним впливом.

При опитуванні пацієнтів дослідницької групи виявилось, що у всіх хворих дебют больового синдрому спочатку відбувся в попереково-крижовому відділі хребта і лише з часом (0,5-3 роки) проявився СХТБ чіткої або нечіткої локалізації.

За період лікування пацієнти як дослідницької, так і контрольної груп пройшли від одного до п'яти курсів мануальної терапії, кожен із яких включав від двох до десяти сеансів. Метою мануального впливу було досягнення відсутності больового синдрому чи зниження його хоча б на 80%. Вказаний результат вдалося отримати у 19 з 22 хворих (86,4%) на простатичний больовий синдром, у 19 з 21 пацієнта (90,5%) з сечоміхуровим больовим синдромом і у 8 з 9 осіб (88,9%) з вагінальним больовим синдромом. Усереднений показник складає 88,6%. При цьому в контрольній групі повністю позбавитися больового синдрому чи знизити його інтенсивність на 80% змогли 94,3%. Трьом пацієнтам із простатичним больовим синдромом, двом із сечоміхуровим та одній хворій із вагінальним больовим синдромом не вдалося досягти зниження больового синдрому хоча б на 80%, отже є певне число клінічних випадків (в нашому дослідженні це 11,4%), де мануальне втручання не може на даному етапі

повною мірою вирішити поставлене завдання. Вказані шестеро хворих мають значні позитивні зрушення в лікуванні, але вони нижчі поставлених рубежів, хоча існують способи в рамках використовуваного методу їх підвищити – це зокрема замість радіального апарата ударно-хвильової терапії застосувати потужніший фокусований апарат УХТ, що дозволить знизити больову чутливість в цільових зонах.

Загальна тривалість лікування в пацієнтів дослідницької групи становила від одного місяця до одного року і чотирьох місяців, у хворих контрольної групи – від місяця до року. Загальні статистичні дані з перебігу лікування показано в Табл. 1.

Таблиця 1. Лікування синдрому хронічного тазового болю методами мануальної терапії

	Дослідницька група (СХТБ)			Контрольна група (патології ПКВХ)	
	Урологічний біль		Гінекологічний біль		
	Простатичний больовий синдром	Сечоміхуровий больовий синдром	Вагінальний больовий синдром		
К-сть пацієнтів, чол.	22 (42,3%)	21 (40,4%)	9 (17,3%)	53	
Середня тривалість больового синдрому, р.	7	4	3	6	
К-сть курсів лікування, шт.	1-5	1-5	1-5	1-5	
К-сть сеансів у курсі лікування, шт.	3-10	3-10	3-10	2-8	
Загальна кількість лікувальних сеансів, шт.	3-50	3-50	3-50	2-40	
Інтенсивність болю по шкалі ВАШ до лікування	4-8	4-9	3-9	4-10	
Інтенсивність болю по шкалі ВАШ в процесі лікування	1 курс	3-8	4-8	3-8	4-7
	2 курс	3-6	3-7	2-7	3-5
	3 курс	2-5	2-5	2-5	3-6
	4 курс	1-4	1-3	2-4	2-4
	5 курс	0-3	0-2	0-2	0-2

З наведеної статистики можна зробити наступні висновки:

- СХТБ, зокрема ПБС, СМБС та ВБС, успішно піддається мануальному лікуванню
- Мануальні методи здатні подолати тяжковиліковні форми ПБС, СМБС і ВБС з негативним досвідом лікування іншими методами
- Мануальне лікування СХТБ є достатньо тривалим процесом і потребує 3-50 лікувальних сеансів
- Загальна тривалість мануального лікування СХТБ складає від одного місяця до одного року і чотирьох місяців
- Мануальна терапія здатна повністю подолати або знизити хоча б на 80% больові синдроми при СХТБ
- Процес мануального лікування СХТБ триваліший за часом і трудовитратами, ніж аналогічний процес лікування патологій попереково-крижового відділу хребта (ПКВХ)

Отже, проведене дослідження підтвердило доцільність консервативного лікування методами мануальної терапії СХТБ. В порівнянні з іншими методами лікування застосування мануальної терапії для цієї мети має ряд суттєвих переваг: це і відсутність побічної дії, безпечність, простота у використанні, достатньо швидке досягнення результату, неінвазивність, економічність, ефективність.

Таким чином, метод мануальної терапії в поєднанні з ударно-хвильовою терапією дозволяє надавати допомогу хворим зі стійкими до лікування проявами СХТБ, зокрема, простатичного, сечоміхурового та вагінального больових синдромів, які не отримали бажаного результату при використанні традиційних методів лікування.

Клінічний випадок №1

Згідно з «Клінічними настановами» [3] простатичний больовий синдром (ПБС) визначається як «Персистуючий або рецидивуючий біль в області простати, при якому відмічаються симптоми статевих розладів і порушення сечовипускання. Відсутнє інфекційне ураження чи явна патологія органа» [11].

Пацієнт К., чоловік, 45 років, спеціаліст ІТ. Вперше звернувся в МЦ «Український Травмоцентр» в липні 2016 р.

DS: Незапальний ХП/СХТБ (відсутність лейкоцитів у сімені, простатичному секреті, третій порції сечі). Простатичний больовий синдром.

Скарги: Протягом 8 місяців больові відчуття в області таза з віддачею в ліве стегно. Тяжкість, дискомфорт, ниючі болі в промежині, мошонці, порушення процесу сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура, погіршення ерекції.

Анамнез захворювання: Пацієнт пов'язує початок захворювання з малорухливою сидячою роботою, високим рівнем стресу, переохолодженням. Слабкий розмитий біль в тазі з'явився в листопаді 2015 р. і поступово підсилювався та за місяць змусив хворого звернутися в поліклініку, де здійснили клінічні дослідження, які виключили інфекційний характер захворювання та поставили діагноз простатит і провели безуспішне лікування, яке включало медикаментозні засоби, фітотерапію, масаж, акупунктуру. Через 4 місяці перекваліфікували діагноз на: синдром хронічного тазового болю на фоні хронічного простатиту (ХП/СХТБ), простатичний больовий синдром (ПБС) і продовжили медикаментозне лікування, яке не дало очікуваних результатів. Через 8 місяців від початку захворювання пацієнт звернувся в МЦ «Український Травмоцентр» на консультацію до ортопеда-травматолога мануального терапевта.

Клінічні дані: При огляді ортопедом-травматологом мануальним терапевтом були виявлені функціональні блоки в рухомих сегментах Th11-Th12 грудного відділу та L1-L2, L2-L3, L5-S1 попереково-крижового відділу хребта. МРТ підтвердило протрузії міжхребцевих дисків Th11-Th12 грудного відділу та L1-L2, L2-L3 попереково-крижового відділу хребта.

Лікування: В липні-серпні 2016 р. проведено перший курс мануальної терапії, який включав 5 сеансів мануальної корекції функціональних блоків в рухових сегментах Th11-Th12 грудного відділу та L1-L2, L2-L3, L5-S1 попереково-крижового відділу хребта. Цим курсом вдалося зняти блокування в рухових сегментах Th11-Th12 та L5-S1. Деяко знизилася тяжкість, дискомфорт, ниючі болі в тазі, промежині, мошонці, полегшився процес сечовипускання. Інтенсивність болів у тазі й промежині знизилася із 5 одиниць до 3 по шкалі ВАШ. Другим курсом із трьох сеансів у вересні 2016 р. було подолано блокування в сегменті L1-L2, ниючі болі в тазі, промежині, мошонці, стегні, зникло відчуття неповного випорожнення сечового міхура. Третім курсом із двох сеансів у листопаді 2016 р. розблоковано сегмент L2-L3, зникли тяжкість і дискомфорт, відновились ерекція. Контрольне опитування в 2017, 2018, 2020 роках підтвердило одужання пацієнта.

Клінічний випадок №2

Згідно з «Клінічними настановами» [3] сечоміхуровий больовий синдром (СМБС) визначається як «Біль, що локалізується в надлонній області і з'являється при наповненні сечового міхура. Супроводжується прискореним сечовипусканням в денний і нічний час. Відсутнє інфекційне ураження чи явна патологія органа [1, 4]. У формулюванні Європейського товариства за вивчення СМБС/ІЦ (ESSIC) основна увага приділяється локалізації болю в сечовому міхурі [17]».

Пацієнт М., чоловік, 67 років, професор НДІ. Вперше звернувся в МЦ «Український Травмоцентр» в грудні 2018 р.

DS: Хронічне запалення сечового міхура, інтерстиціальний цистит, сечоміхуровий больовий синдром. Цитологічні дослідження на лейкоплакію негативні.

Скарги: Біль в області сечового міхура з віддачею в пах, періодичне неконтрольоване підтікання сечі, якому передують різкий потяг до сечовипускання. Спонтанне сечовиділення може статися в будь-якому місці в будь-який час без фізичної напруги. Болі в спині на рівні попереку

і крижів. Біль підсилюється при наповненні сечового міхура і послаблюється при його спорожненні, а потім знову швидко наростає. Часті мізерні сечовипускання: вдень – 20-30 разів, вночі – 2-5 разів. Переважання кількості нічної сечі над денною.

Анамнез захворювання: Тазові болі в області сечового міхура вперше з'явилися 7 років тому у віці 60 років. Тоді ж був поставлений діагноз: цистит, нетримання сечі, який згодом трансформувався в інтерстиційний цистит, сечоміхуровий больовий синдром. Багаторазово проходив консервативне курсове та епізодичне медикаментозне лікування, спрямоване на відновлення слизового шару сечового міхура, пригнічення неврологічної гіперактивності, в тому числі із застосуванням антигістамінних засобів. Регулярно використовував альтернативні й допоміжні методи лікування, такі як поведінкова терапія, тренування сечового міхура, дієта, акупунктура, гіпноз, фізіотерапія. Незважаючи на постійне й планомірне лікування зупинити прогресування СМБС/Щ не вдалося. Тому звернувся в МЦ «Український Травмоцентр» з метою випробувати ще один метод лікування.

Клінічні дані: При огляді ортопедом-травматологом мануальним терапевтом виявлені функціональні блоки в рухомих сегментах Th4-Th5, Th5-Th6, Th10-Th11, Th11-Th12 грудного відділу та L1-L2, L2-L3, L5-S1 попереково-крижового відділу хребта. МРТ дослідження виявило парамедіанні протрузії Th4-Th5, Th5-Th6, Th6-Th7, Th10-Th11 грудного відділу і дифузні циркулярні протрузії L2-L3, L3-L4, L4-L5 попереково-крижового відділу хребта та грижі міжхребцевих дисків Th11-Th12, L1-L2.

Лікування: В грудні 2018 р. – лютому 2019 р. проведено перший курс мануальної терапії, який включав 10 сеансів мануальної корекції функціональних блоків у рухомих сегментах Th4-Th5, Th5-Th6, Th10-Th11, Th11-Th12, L1-L2, L2-L3, L5-S1 грудного і попереково-крижового відділів хребта. Першим курсом вдалося зняти функціональні блоки Th5-Th6, L2-L3, L5-S1. Інтенсивність болю в області сечового міхура ослабла з 6 до 4, а болю в спині – з 4 до 2 за шкалою ВАШ. Знизилася частота денних сечовипускань до 10-15 разів на день, ослабло неконтрольоване підтікання сечі в денні й нічні години. Другий курс мануальної терапії з 6 сеансів проведено в квітні 2019 р. Були зняті функціональні блоки Th4-Th5, Th10-Th11. Інтенсивність болю в області сечового міхура ослабла з 4 до 3, а болю в спині – з 2 до 1 за шкалою ВАШ. Знизилася частота денних сечовипускань до 8-10 разів на день, зменшилося неконтрольоване підтікання сечі в денні й нічні години. Третій курс мануальної корекції з 3 сеансів проведено в червні 2019 р. Був знятий функціональний блок Th11-Th12. Інтенсивність болю в області сечового міхура ослабла з 4 до 2, а болю в спині – з 2 до 1 за шкалою ВАШ. Частота денних сечовипускань не перевищувала 10 раз на день, неконтрольоване підтікання сечі в денні й нічні години значно скоротилося. Четвертий курс із двох сеансів у серпні 2019 р. зняв функціональний блок L1-L2, інтенсивність болю в області сечового міхура і спини залишилася незмінною – відповідно 2 і 1, частота денних сечовипускань становила 7-10 разів, неконтрольоване підтікання сечі в денні і нічні години припинилося. П'ятий курс із двох сеансів у жовтні 2019 р. підтвердив відсутність фізіологічних блокувань сегментів хребта, інтенсивність болю в області сечового міхура й спини відчувалася на рівні одиниці за шкалою ВАШ, частота денних сечовипускань становила 7-8 разів, неконтрольоване підтікання сечі в денні й нічні години було відсутнє. Контрольні опитування в грудні 2019 р. і липні 2020 р. підтвердили закріплення рівня, досягнутого за підсумками п'ятого курсу лікування. За результатами п'яти курсів лікування вдалося досягти покращення стану на 85%. Іннервація сечового міхура, діафрагми таза, уретри, зовнішнього сфінктера сечовивідного каналу здійснюється нервами закінчення яких знаходяться на рівні Th11-Th12, L1-L2, S2-S4. Розблокувавши відповідні сегменти і знявши защемлення нервових закінчень, вдалося досягти значного полегшення стану хворого, хоча повного одужання досягти й не вдалося.

Клінічний випадок №3

Згідно з «Клінічними настановами» [3] вагінальний больовий синдром (ВБС) визначається як: «Персистуючий або рецидивуючий епізодичний біль у вагіні, при якому відмічаються симптоми розладів сечового тракту і статевих розладів. Відсутнє інфекційне ураження чи явна патологія органа» [1]. Правильний діагноз вагінізму може бути поставлений лише тоді, коли наявні два компоненти – сексуальний больовий розлад і мимовільне скорочення м'язів тазового дна [2, 9, 13, 14, 16].

Пацієнтка А., жінка, 32 роки, економіст, мати двох дітей 10 і 8 років. Вперше звернулася в МЦ «Український Травмоцентр» у березні 2017 р.

DS: Вагінальний больовий синдром (ВБС), люмбалгія, люмбалізація.

Скарги: Наростаючі ниючі болі в попереку, локалізуються справа. Неконтрольовані болісні спазми піхви й тазового дна при спробі здійснення статевого акту, введенні тампона або пальця чи проведенні гінекологічного дослідження. При припиненні спроби проникнення спазм сам собою проходить.

Анамнез захворювання: Болі в попереку вперше з'явилися 5 місяців тому, через місяць до них приєдналися спазми піхви й тазового дна. Початок захворювання пацієнтка пов'язує з ремонтом у квартирі, який вона проводила самостійно, переміщуючи при цьому важкі меблі. Болі в попереку поступово наростали, а спазми м'язів піхви настільки посилювалися, що статевий акт став не лише болісним, а й зовсім неможливим. Інтенсивність болю по шкалі ВАШ в попереку складала 4, вагінальний больовий синдром – 8. Пацієнтка перебувала в гармонійному шлюбі протягом 11 років і вагінізмом ніколи не страждала. При зверненні в поліклініку був поставлений діагноз остеохондроз та вторинний вагінізм і призначено медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування та психотерапевтичну корекцію. Тримісячне лікування не дало позитивних результатів, тому хвора звернулася в МЦ «Український Травмоцентр».

Клінічні дані: При огляді ортопедом-травматологом мануальним терапевтом виявлені функціональні блоки в рухомих сегментах Th9-Th12 грудного відділу хребта, спостерігається збільшення й ущільнення поперекового лордозу, виявлені функціональні блоки в рухомих сегментах L3-S2 попереково-крижового відділу хребта. Рухливість хребта в боковому й передньо-задньому напрямках обмежена. При здійсненні маніпуляції в руховому сегменті S1-S2 виявлена рухливість, що свідчить про наявність люмбалізації. Проведені рентгенівське, МРТ і КТ дослідження підтвердили наявність односторонньої правобічної люмбалізації S1.

Лікування: В березні-квітні 2017 р. проведено перший курс мануальної терапії, який включав 6 сеансів мануальної корекції функціональних блоків у рухомих сегментах Th9-Th12 грудного відділу та L3-S2 попереково-крижового відділу хребта. Результатом першого курсу мануальної терапії стала повна відсутність больового синдрому в попереку (інтенсивність болю 0 по шкалі ВАШ) і значне зниження інтенсивності вагінальних спазмів, став доступним болючий сексуальний акт (інтенсивність болю 4 по шкалі ВАШ). Повністю знято функціональні блоки в рухомих сегментах Th9-Th12. В червні 2017 р. перед проведенням другого курсу мануальної терапії інтенсивність болю в попереку з 0 зросла до 2, вагінальний больовий синдром зберіг інтенсивність 4, вагінальні спазми тривали. Другий курс складався з 4-х сеансів, в його ході були повністю зняті функціональні блоки сегментів L3-S2 попереково-крижового відділу хребта, болі в попереку, інтенсивність вагінального больового синдрому знизилася до 2, залишались незначні вагінальні спазми. Третій курс мануальної корекції з двох сеансів відбувся у вересні 2017 р. Перед ним за відсутності болю в попереку мав місце незначний блок у сегменті L5-S1, інтенсивність вагінального больового синдрому залишалась на рівні 2. Третім курсом було повністю подолано блокування в хребті, вагінальний спазм і вагінальний больовий синдром. Контрольне опитування пацієнтки в 2018, 2019 і 2020 роках підтвердило відсутність згаданих больових синдромів і вагінального спазму.

В даному клінічному випадку причиною захворювань була вроджена аномалія хребта – люмбалізація S1, що протікала безсимптомно, допоки значним фізичним навантаженням не було спровоковано зрушення в сегменті S1-S2, яке призвело до защемлення нервових закінчень нервів, котрі іннервують піхву й діафрагму таза – це і викликало вагінальний больовий синдром і спазм.

Висновки. Даним дослідженням доведено, що методами мануальної терапії можна успішно боротися не лише з патологіями хребта і суглобів, а і з багатьма синдромами тазового болю спричиненими неінфекційними захворюваннями внутрішніх органів таза, адже часто вони також викликані блокуваннями в суглобах хребта.

JITEPATYPA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. (2003) The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society. *Urology*; 61(1):37–49.
2. Drenth JJ, Andriessen S, Heringa MP, Mourits MJ, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. (1996) Connections between primary vaginismus and procreation: some observations from clinical practice. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 17: 195–201.
3. Fall M., Baranowski A.P., Elneil S., Engeler D., Hughes J., Messelink E.J., Oberpenning F., de C. Williams A.C. (2010) EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Association of Urology*; 57(1):35-48.
4. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, Oberpenning F, Osborne JL, Schumacher S. (2003) EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. In: EAU Guidelines, edition published at the 18th Annual EAU Congress, Madrid, ISBN 90-70244-06-3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15548433>
5. Frank Sergii. (2019). Experience in treating long-term effects of concussions and PTSD using manual therapy combined with shock wave therapy. *World Science*. 4(44), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30042019/6470.
6. Frank Sergii, Frank Michael, Frank George. (2019). Manual Therapy as an Alternative Treatment for Panic Attacks. *World Science*. 8(48), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/31082019/6633.
7. Frank Sergii, Frank Michael, Frank George. (2019) Manual Therapy in Treating Primary Nocturnal Enuresis. *World Science*. 11(51), Vol.2. doi:10.31435/rsglobal_ws/30112019/6775.
8. Frank Sergii, Frank Michael, Frank George (2020) Rehabilitation Treatment of Lumbarization-Related Pathologies Via Manual Therapy. *World Science*. 6(58), Vol.2. doi: 10.31435/rsglobal_ws/30062020/7113.
9. Lamont JA. (1978) Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol*; 131:633–6.
10. Lewit K., Sachse J., Janda V. (1993) *Manual Medicine*. – M.: Medicine.
11. Nickel JC. (1999) Prostatitis: evolving management strategies. *Urol Clin North Am* Nov; 26(4):737–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584615>
12. Nickel JC, Weidner W. (2000) Chronic prostatitis: current concepts and antimicrobial therapy. *Infect Urol*; 13:22–8.
13. Reissing ED, Binik YM, Khalife S. (1999) Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis*; 187:261–74.
14. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. (2004) Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav*; 33:5–17.
15. Sital A.B. (2014) *Manual therapy (a guide for doctors)*. – M.: Publishing house BINOM. 468.
16. van Lankveld JJ, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. (2006) Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol*; 74:168–78.
17. van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK, Elneil S, Fall M, Hohlbrugger G, Irwin P, Mortensen S, van Ophoven A, Osborne JL, Peeker R, Richter B, Riedl C, Sairanen J, Tinzi M, Wyndaele JJ. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *Eur Urol* 2008 Jan; 53(1):60–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17900797>