

МАТЕРІАЛИ ІІ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
**«НОВІ ЗАВДАННЯ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ»**  
(23-24 жовтня 2015 року)

Львів  
2015

<b>Лазаренко О.М., Князева О.В.</b> ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОСДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ .....	50
<b>Малкович Н.М., Бобкович К.О., Марунчик С.Л., Малкович Я.І.</b> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ .....	54
<b>Милица К.Н.</b> ВЕРТИКАЛЬНАЯ ГАСТРОПЛИКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ .....	58
<b>Мурадова З.С., Алиева Э.М.</b> ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО .....	62
<b>Волосатова А.Д., Калиниченко В.Г., Никонова Е.М.</b> ГИПОГЛИКЕМИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА .....	65
<b>Рустамли У.Г.</b> ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ .....	67
<b>Скоропляс С.В., Вівсьяник В.В.</b> РОЛЬ ГЛАДКИХ КЛІТИН ОРГАНІЗМУ В АКТИВАЦІЇ ЦИТОКІНОВИХ МЕХАНІЗМІВ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ .....	69
<b>ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА</b>	
<b>Бугаєвський К.А.</b> ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК .....	74
<b>Орлова О.О.</b> ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК – ЕФЕКТИВНИЙ КОМПОНЕНТ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ .....	78
<b>ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА</b>	
<b>Бурлака Н.И.</b> ТРЕХМЕРНАЯ ГРАФИКА В МЕДИЦИНЕ .....	83
<b>Дронова М.Л.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОХІДНОГО АРИЛАЛІФАТИЧНИХ АМІНОСПИРТІВ КВМ-194 НА ПРОНИКНІСТЬ МЕМБРАНИ БАКТЕРІЙ .....	87
<b>Макєєва О.М., Афанасьєв І.В., Красногорова А.П.</b> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЛІКУВАННЯ ТА СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ .....	91

## **ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА**

**Бугаєвський К.А.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
Запорізький державний медичний університет*

### **ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК**

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 (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, обумовлений тонічними змінами зв'язок геніталій і міофасциально-зв'язковим синдромом тазу [4, с. 77; 8, с. 225]. При хронічній тазовій болі мають місце гемодинамічні порушення з боку матки і яєчників, як в артеріальній, так і венозній 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 обумовлена тонічними порушеннями м'язів і зв'язок тазу, які не є специфічними і проявляються незалежно від локалізації первинного запального процесу (у матці або в 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. 2266].

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 хронічної тазової болі, 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 синдромом хронічної тазової болі 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 рефлексорної 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 рефлексорні 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, ППР), 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 економічний ефект.

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].

В англійській професійній медичній літературі, для визначення нового методу лікування м'язово-зв'язкового апарату порожнини малого таза і тазового дна застосовують термін «міофасціальна трансвагінальна терапія» [7, с. 269; 9, с. 127]. Цим терміном позначають 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]. Саме індивідуально дозований мануальний вплив, із застосуванням масажних прийомів і мануальних технік, дозволяє спеціалісту 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 і, 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 лікуванні цієї патології потрібно ширше застосовувати новітні мануальні техніки, засоби фізичної реабілітації, спеціальні вправи і масаж, розробляючи для кожної з пацієнток індивідуально орієнтовані відновлювальні комплекси.

### **Список використаних джерел:**

1. Васильєва Л. Ф. Новые подходы к мануальной терапии пациентов с болевыми мышечными синдромами / Л. Ф. Васильєва // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2002. – № 1. – С. 16–20.

2. Вороб'єва О. В. Болезненный спазм мышц тазового дна как причина хронических тазовых болей у женщин / О. В. Вороб'єва // Фарматека. – 2011. – № 5. – С. 51–55.

3. Газазян М. Г. Хронический тазовый болевой синдром с точки зрения гинеколога. Тактика ведения пациенток / М. Г. Газазян, А. В. Хардигов // 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 / З. М. Дубоссарська, Л. П. Грек // Медичні перспективи. – № 12. Том XVII. – 2012. – С. 77–82.

5. Скрыбин Е. Г. Лечебная физическая культура и массаж в лечении синдрома грушевидной мышцы у беременных женщин / Е. Г. Скрыбин // Вопр. курорт, физиотер. и леч. физкульт. – 2004. – № 2. – С. 42–44.

6. Московенко Н. В., Безнощенко Г. Б. Комплексная программа реабилитации женщин, страдающих тазовой болью / Н. В. Московенко, Г. Б. Безнощенко // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 5. – С. 82–86.

7. FitzGerald M. P., 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., Jr. Chronic pelvic pain in women: Focus on painful bladder syndrome / Interstitial cystitis // J Reprod Med. 2006. – Vol. 51 (3 Suppl). – 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: 126-128.

10. Weiss J. M. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. J Urol 2001; 166:2226.

**Орлова О.О.**

*здобувач,*

*Міністерство охорони здоров'я України*

## **ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК – ЕФЕКТИВНИЙ КОМПОНЕНТ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ**

ВІЛ-інфекція значно впливає на здоров'я і виживання матері і дитини. В світі частка людей, які живуть з ВІЛ серед жінок, залишається на рівні 50%. В даний час ВІЛ є основною причиною смертності серед жінок репродуктивного віку в світі [1], при цьому рівень смертності серед матерів у зв'язку з ВІЛ зростає і випереджає показники смертності з інших причин. Щорічно в країнах з низьким і середнім рівнями доходів вагітніє близько 1,4 млн. жінок, що живуть з ВІЛ. Якщо не вживати ніяких заходів, приблизно кожна третя дитина, що народилася від ВІЛ-інфікованої матері, буде інфікованою [2; 3].

Окрім дій прямого впливу, в рамках профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) є необхідними дії непрямого впливу, до яких належать послуги с планування сім'ї. Надання послуг з планування сім'ї ВІЛ-інфікованим жінкам важливо не тільки для