

УДК 615.828:[618.14-006.36+616-06]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-3-29-40>

© Г. Н. Чеботаева, Д. С. Лебедев, 2020

Структура соматических дисфункций у женщин с узловой формой миомы матки

Г. Н. Чеботаева¹, Д. С. Лебедев²

¹ Институт остеопатии, Санкт-Петербург

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Введение. В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает одно из первых мест. Это заболевание отрицательно влияет как на состояние здоровья, так и на репродуктивную функцию женщин. Несмотря на определённый прогресс в понимании механизмов патогенеза данного заболевания, в настоящее время сохраняется проблема поиска эффективных методов лечения миомы матки, в том числе и немедикаментозных, одним из которых является остеопатическая коррекция соматических дисфункций. Однако структура этих функциональных нарушений практически не исследована.

Цель исследования — изучить структуру соматических дисфункций (СД) у женщин с миомой матки до и после остеопатической коррекции и связь последней с выраженностью субъективных показателей.

Материалы и методы. В простое продольное рандомизированное исследование, проводившееся в 2018–2019 гг. на базе женской консультации города Кирова, были включены 30 женщин 35–44 лет с диагнозом интрамуральной миомы матки (узловая форма), находящихся под диспансерным наблюдением у акушера-гинеколога. Все женщины с данным заболеванием с помощью метода простой рандомизации с использованием генератора случайных чисел были разделены на две сопоставимые по возрасту, наличию сопутствующей патологии и длительности заболевания группы по 15 человек. Основная группа получала остеопатическую коррекцию, за пациентками контрольной группы проводили динамическое наблюдение. Всем пациенткам по схеме был проведен клинический гинекологический осмотр, клинический остеопатический осмотр, оценивали динамику выраженности субъективных проявлений (жалоб). Собранные данные обработаны методами непараметрической статистики.

Результаты. В процессе остеопатической диагностики у женщин с миомой матки выявлены следующие СД: на региональном уровне доминировали СД региона таза, на локальном уровне чаще всего встречались СД сегмента C_0-C_1 и грудобрюшной диафрагмы. В результате остеопатической коррекции выявленных СД у пациенток с миомой матки произошло как уменьшение общего числа СД ($p < 0,05$), так и изменение их структуры. До лечения преобладали СД регионального уровня, после лечения произошло уменьшение их числа, а увеличение числа СД локального уровня объясняется проведенной коррекцией

Для корреспонденции:

Дмитрий Сергеевич Лебедев,

ассистент Института остеопатии

eLibrary SPIN: 1863-4459

Адрес: 199034 Санкт-Петербург,

Университетская наб., д. 7/9,

Санкт-Петербургский государственный университет

E-mail: dimleb@inbox.ru

For correspondence:

Dmitri S. Lebedev,

assistant of the Institute of Osteopathy

eLibrary SPIN: 1863-4459

Address: Saint-Petersburg State University, bld. 7/9

Universitetskaya nab., Saint-Petersburg,

Russia 199034

E-mail: dimleb@inbox.ru

Для цитирования: Чеботаева Г. Н., Лебедев Д. С. Структура соматических дисфункций у женщин с узловой формой миомы матки. Российский остеопатический журнал. 2020; 3 (50): 29–40. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-3-29-40>

For citation: Chebotaeva G. N., Lebedev D. S. The structure of somatic dysfunctions in women with a nodular form of uterine myoma. Russian Osteopathic Journal. 2020; 3 (50): 29–40. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-3-29-40>

большинства имевшихся региональных нарушений. Также снизилась выраженность субъективного проявления — альгодисменореи ($p < 0,05$).

Заключение. У женщин с миомой матки СД могут проявляться на различном уровне. Остеопатическая коррекция СД у женщин с миомой матки достоверно способствует уменьшению степени выраженности субъективных проявлений (альгодисменореи). Это позволяет продолжить начатые исследования по использованию остеопатической коррекции СД в составе комплексного лечения женщин с интрамуральной узловой формой миомы матки.

Ключевые слова: остеопатическое обследование, остеопатическое лечение, миома матки, соматические дисфункции

UDC 615.828:[618.14-006.36+616-06]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2020-3-29-40>

© G. N. Chebotaeva, D. S. Lebedev, 2020

The structure of somatic dysfunctions in women with a nodular form of uterine myoma

G. N. Chebotaeva¹, D. S. Lebedev²

¹ Institute of Osteopathy, Saint-Petersburg, Russia

² Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Introduction. Uterine myoma (leiomyoma) occupies one of the first places in the structure of gynecological diseases. This disease negatively affects both the state of health and the reproductive function of women. Now the problem of the effective methods for the treatment of leiomyoma (including non-medicinal methods, one of which is the osteopathic correction of somatic dysfunctions) is still acute despite some progress in understanding the mechanisms of this disease pathogenesis. However, the structure of these functional disorders has not been practically studied.

The goal of research — to investigate the structure of somatic dysfunctions (SD) in women with uterine myoma before and after osteopathic correction and its relationship with the severity of subjective indicators.

Materials and methods. A simple longitudinal randomized study was conducted in 2018–2019 on the basis of a women's consultation in Kirov, it included 30 women aged 35 to 44 years being under the medical supervision of an obstetrician-gynecologist, with a diagnosis of intramural uterine myoma, nodular form. All women with intramural nodular leiomyoma were divided into 2 groups of 15 people, comparable in age, presence of comorbidities and duration of the disease, using a simple randomization method (a random number generator was used). The main group received osteopathic treatment, and for patients of the control group it was carried out dynamic monitoring. According to the scheme, all patients underwent a clinical gynecological examination, a clinical osteopathic examination, and the dynamics of the severity of subjective manifestations (complaints) was evaluated. The collected data was processed by nonparametric statistics.

Results. In the course of osteopathic diagnostics in women with uterine fibroids the following SD were identified: the somatic dysfunctions of the pelvic region dominated among the regional SD, and the most common among the local SD were the somatic dysfunctions of the segment C₀–C₁ and the thoracic diaphragm. As the result of osteopathic correction of diagnosed SD in patients with leiomyoma, the decrease of the total number of SD ($p < 0,05$) and the change of their structure has occurred (before treatment the SD at the regional level prevailed, after treatment there was a reduction in their number, and the increasing of the number of SD local level due to the carried out correction of most existing regional violations); and the severity of subjective symptom (algodysmenorrhea) has decreased ($p < 0,05$).

Conclusion. In women with uterine myoma (leiomyoma), SD can manifest at different levels. Osteopathic correction of SD in women with uterine myoma significantly reduces the severity of subjective manifestations (algodysmenorrhea), which allows us to continue the research in studying of the impact of the SD osteopathic correction in the complex treatment of women with intramural nodular form of uterine myoma.

Key words: osteopathic examination, osteopathic treatment, uterine myoma, somatic dysfunctions

Введение

В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает одно из первых мест. По данным разных авторов, частота встречаемости миомы матки колеблется от 75 до 85 % случаев [1]. Миома матки — это доброкачественное солидное гормонозависимое образование моноклонального происхождения, возникающее из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия и содержащее различное количество соединительной ткани [2].

В 20–30 % случаев миома матки — симптомная патология. Клинические проявления (кровотечения, учащенное мочеиспускание, тазовые боли и дискомфорт) снижают качество жизни пациенток. Пик клинических проявлений миомы матки как самостоятельного заболевания, по данным разных авторов, приходится на возраст 30–45 лет [1, 2]. Основными клиническими проявлениями миомы матки являются альгодисменорея, диспареуния, меноррагия, учащенное мочеиспускание, запоры («bulksymptoms») [3–5]. Серьезным последствием миомы матки у женщин репродуктивного возраста является бесплодие. По данным Е. М. Вихляевой, первичное бесплодие встречается у 18–24 % пациенток с этим заболеванием, а вторичное — более чем у 25 % [3]. Причины возникновения миомы матки до сих пор являются предметом дискуссии. По мнению большинства авторов, ее возникновение обусловлено суммарным эффектом генных и средовых факторов [6–8]. Согласно клинко-анатомической классификации, основанной на принципе локализации и роста опухоли по отношению к мышечному слою матки, различают интрамуральные, субмукозные, субсерозные, межсвязочные, шейечные миома-тозные узлы; в 95 % случаев опухоль располагается в теле матки [9]. Согласно рекомендациям Европейского общества репродукции человека (ESHRE), небольшими следует считать миомы до 5 см, большими — более 5 см.

Тактика ведения пациенток с миомой матки включает наблюдение и мониторинг, медикаментозную терапию, различные методы хирургического воздействия и использование новых мини-инвазивных подходов. Подход к каждой пациентке строго персонифицированный [9].

Минимальные задачи, которые могут быть поставлены при лечении миомы матки, — остановка роста опухоли и уменьшение ее размеров [1].

До настоящего времени применяют комплексное консервативное ведение больных миомой матки, предложенное В. И. Кулаковым в 1997 г. [10], под которым подразумевают сочетание раннего оперативного вмешательства с принципами минимизации хирургической травмы и химической миомэктомии. Такой подход, с одной стороны, обеспечивает восстановление репродуктивной функции у большинства больных, а с другой — сопряжен с операционным риском и наличием побочных эффектов от медикаментозной терапии.

В целом поиск новых эффективных методов диагностики и адекватной, включающей индивидуальный подход, терапии остаётся актуальной задачей. В отношении возможной эффективности остеопатической диагностики и коррекции при миоме матки литературные данные не найдены. Работы о применении остеопатической коррекции в гинекологии немногочисленны. Так, С. Daraï и его коллеги [11] использовали остеопатические методы для лечения 20 пациенток с глубоким инфильтрирующим эндометриозом, из которых $\frac{1}{3}$ уже была прооперирована, а 70 % получали лекарственную терапию. Физическое самочувствие улучшилось у 80 % пациенток, психологическое самочувствие — у 60 %. В рамках другой работы [12] были обследованы 28 пациенток 20–65 лет (медиана — 36,5 лет), единственным клиническим проявлением у которых было болезненное напряжение мышц тазового дна. Боль присутствовала в среднем около трех лет (от 1 мес до 20 лет). У 14 пациенток ранее был подтвержден эндометриоз. После стандартного гинекологического обследования все пациентки получали остеопатическое лечение. 22 участницы из 28 завершили лечение по плану. В целом 17 пациенток сообщили об уменьшении симптомов, в том числе 10 из 14 пациенток с эндометриозом. Был сделан вывод, что остеопатическое лечение хорошо воспринимается женщинами с болез-

ненной мышечной напряженностью тазового дна и представляется эффективным вариантом лечения. Можно предположить, что применение немедикаментозных методов лечения, одним из которых является остеопатическая коррекция соматических дисфункций у женщин с миомой матки, может дать положительные результаты, однако структура этих функциональных нарушений практически не исследована.

Цель исследования — изучить структуру соматических дисфункций (СД) у женщин с интрамуральной формой миомы матки до и после остеопатической коррекции и связь последней с выраженностью субъективных показателей.

Материалы и методы

Тип исследования: проспективное контролируемое рандомизированное.

Место проведения и продолжительность исследования. Исследование проводили в период с января 2018 г. по февраль 2019 г. в группе из 38 пациенток 35–44 лет с диагнозом интрамуральной узловой формы миомы матки, которые находились на диспансерном наблюдении в женской консультации города Кирова.

Характеристика участников. Критерии включения: возраст на момент начала исследования — 35–44 года; наличие интрамуральной узловой формы миомы матки с размером узла не более 5 см, локализацией его в теле матки, не сочетающегося с аденомиозом, подтвержденного данными УЗИ; наличие болевого синдрома во время менструации; наличие меноррагии; добровольное согласие пациентки на обследование.

Критерии исключения: возраст на момент начала исследования менее 35 лет и более 45 лет; показания для оперативного вмешательства; аденомиоз (по данным УЗИ); беременность; неявка на контрольные осмотры и обследования; заболевания и состояния, являющиеся абсолютным противопоказанием к остеопатической коррекции [13].

В ходе обработки клинического материала в соответствии с критериями исключения выбыли 8 пациенток. В результате проведенного отбора в исследовании участвовали 30 женщин, средний возраст — $38 \pm 0,8$ года. Все участницы были разделены с помощью метода простой рандомизации с использованием генератора случайных чисел на две группы — основную ($n=15$) и контрольную ($n=15$). Сформированные группы пациенток не имели достоверных различий по возрасту и наличию сопутствующей патологии.

Порядок проведения исследования. Всем пациенткам было проведено полное общее остеопатическое обследование в соответствии с клиническими рекомендациями «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций» по стандартизированному протоколу [13, 14].

Пациенток контрольной группы осматривал врач акушер-гинеколог. Остеопатическая диагностика была выполнена в начале исследования и в динамике с интервалом в 8–12 нед.

Пациенткам основной группы проводили остеопатическую коррекцию выявленных СД, основанную на результатах диагностики и заполненного остеопатического заключения. Всего было проведено четыре сеанса остеопатической коррекции с интервалом 14–18 дней. Каждую пациентку осматривал врач акушер-гинеколог двукратно (до начала лечения и через 7–14 дней после остеопатической коррекции) и врач-osteopat 5 раз (четырежды в процессе лечения и один раз — через 7–14 дней по окончании лечения).

Оценку симптомов проводили с использованием специально разработанной анкеты для пациенток с диагнозом миомы матки. Анкета включала следующие пункты: возраст; наличие альгодисменореи (боли в нижних отделах живота и/или в пояснично-крестцовой области во время менструации) — да, нет; обильные менструации (использование более 10 гигиенических средств за сутки) — да, нет; длительные менструации (более 7 дней) — да, нет; сидячий или малоподвижный образ жизни — да, нет; работа за компьютером — да, нет; эмоциональные нагрузки — да, нет.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica 6. Сравнение результатов в группе (до и после лечения) проводили с использованием непараметрических критериев — знаков и Вилкоксона, сравнение результатов между группами — с помощью точного критерия Фишера (ТКФ) и критерия Манна–Уитни. В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 5 % ($p < 0,05$).

Этическая экспертиза. Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.), от каждой участницы исследования получено информированное согласие.

Результаты и обсуждение

При первичном обращении женщины обеих групп чаще всего предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области во время очередной менструации (альгодисменорею) — 47 % и наличие обильных и длительных менструаций (меноррагию) — 40 %.

СД глобального уровня у женщин с миомой матки до лечения в основной и контрольной группах выявлено не было. Остальные полученные в ходе остеопатической диагностики результаты были разделены на пять групп для анализа.

1. Частота выявления региональных СД у женщин с миомой матки в основной и контрольной группах до лечения. Частота выявления региональных СД у обследованных пациенток представлена на рис. 1. Для женщин с миомой матки характерны СД региона таза (100 %).

В тех регионах, где выделялись структуральная и висцеральная составляющие, было проанализировано распределение СД регионального уровня (табл. 1). Структура региональных СД у женщин с миомой матки основной и контрольной групп до лечения не различалась.

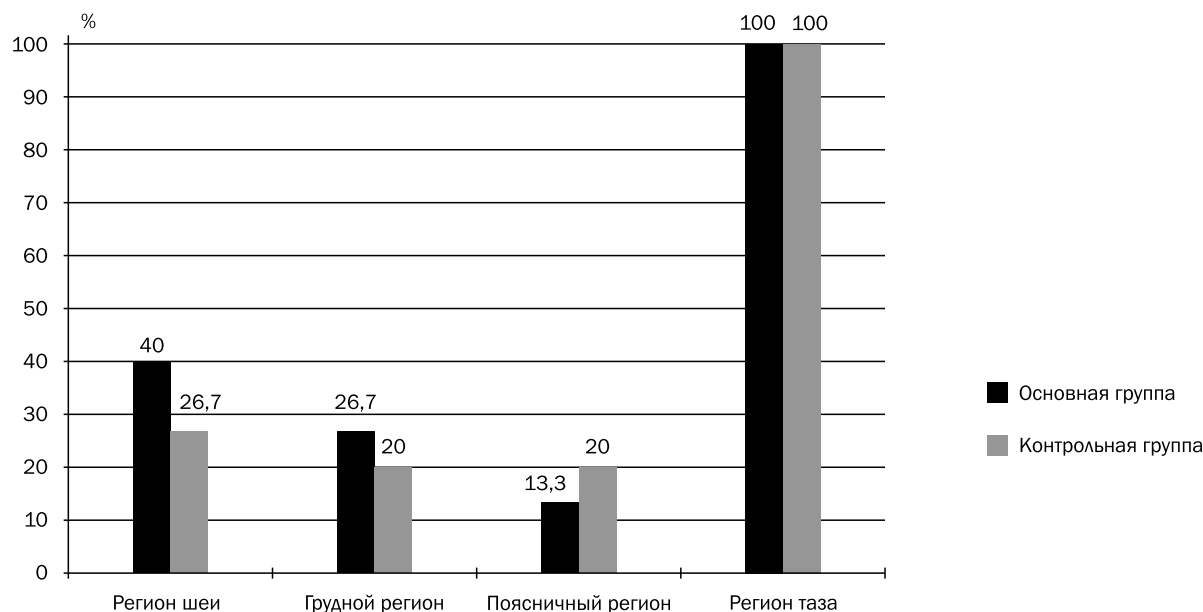


Рис. 1. Частота выявления соматических дисфункций регионального уровня у женщин с миомой матки основной и контрольной групп до лечения

Fig. 1. The frequency of detection of somatic dysfunctions at the regional level in women with uterine myoma before treatment

Таблица 1

**Частота выявления региональных соматических дисфункций
у женщин с миомой матки до лечения, %**

Table 1

**The frequency of detection of regional somatic dysfunctions
in women with uterine myoma before treatment, %**

Регион, компонент	Основная группа, n=15	Контрольная группа, n=15
Шеи структуральный висцеральный	0 40	0 26,7
Грудной структуральный висцеральный	6,7 26,7	20 0
Поясничный структуральный висцеральный	0 13,3	0 20
Таза структуральный висцеральный	100 100	100 100

2. Частота выявления и структура локальных хронических СД у женщин с миомой матки в основной и контрольной группах до лечения. Частота выявления хронических СД локального уровня у обследованных пациенток представлена на рис. 2 (представлены чаще всего выявляемые СД). Не было получено значимых различий между частотой выявления СД у женщин основной и контрольной групп.

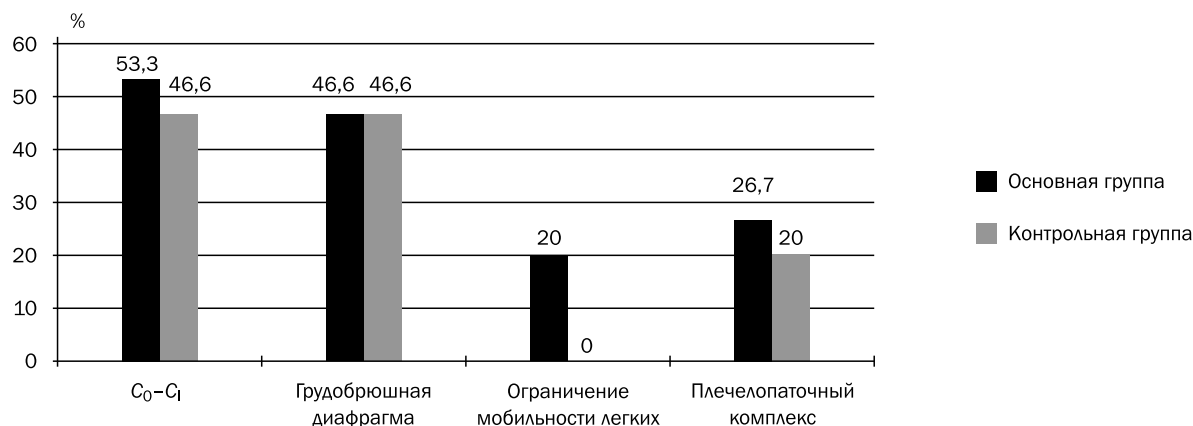


Рис. 2. Частота выявления соматических дисфункций локального уровня у женщин с миомой матки основной и контрольной групп до лечения

Fig. 2. The frequency of detection of somatic dysfunctions of a local level in women with uterine myoma before treatment

3. Структура доминирующих СД у женщин с миомой матки в основной и контрольной группах до лечения. Для женщин с наличием миомы матки характерны доминирующие СД региона таза (100%). Это, вероятно, связано с тем, что на фоне наличия миомы матки изменяются процессы кровоснабжения и иннервации не только в матке, но и в окружающих ее тканях, то есть во всем регионе.

4. Оценка динамики выявления СД, проявляющихся на различных уровнях, у женщин с миомой матки основной группы до и после лечения в сравнении с женщинами контрольной группы. Частота выявления СД регионального уровня у женщин с миомой матки до и после лечения представлена в табл. 2. После лечения у пациенток основной группы наблюдали статистически значимое уменьшение частоты выявления региональных СД в сравнении с контрольной группой.

Таблица 2

Частота выявления соматических дисфункций регионального уровня у женщин с миомой матки в основной группе до и после лечения в сравнении с контрольной группой, %

Table 2

The frequency of detection of regional level somatic dysfunctions in women with uterine myoma in the main group before and after treatment in comparison with the control group, %

Соматическая дисфункция, регион	Основная группа, n=15		Контрольная группа, n=15	
	до лечения	после лечения	в начале обследования	в конце обследования
Шеи	40	20	26,7	26,7
Грудной	26,7	6,7	20	20
Поясничный	13,3	0	20	20
Таза	100	0*,**	100	100

* Значимость изменений показателей в основной группе на фоне лечения ($p < 0,05$ по критерию знаков)

** Значимость различий между показателями у лиц основной и контрольной групп на фоне лечения ($p < 0,05$ по ТКФ)

Частота выявления СД локального уровня у женщин с миомой матки до и после лечения отражена в табл. 3. После лечения у пациенток основной группы наблюдали статистически достоверное увеличение числа СД локального уровня в сравнении с контрольной группой.

Число СД у женщин с миомой матки в основной и контрольной группах до и после лечения отражено в табл. 4. После лечения у пациенток основной группы наблюдали статистически значимое уменьшение общего числа СД за счет уменьшения числа СД регионального уровня на фоне увеличения числа СД локального уровня, что объясняется проведенной коррекцией большинства имевшихся региональных нарушений и, как следствие, изменение структуры СД у пациенток основной группы после лечения.

Структура доминирующих СД у женщин с миомой матки до и после остеопатической коррекции представлена на рис. 3. Остеопатическая коррекция СД приводит к изменению структуры доминирующих СД: до коррекции доминирующими были СД региона таза (100%), после коррекции доминирующими стали СД региона шеи (20%), грудного (6,7%), локальные хронические СД матки (46,6%) и крестца (26,7%).

5. Динамика субъективных показателей на фоне лечения у женщин с миомой матки. В основной группе частота выявления болевого симптома на фоне проводимой терапии стала значимо ниже по сравнению с контрольной группой (табл. 5).

Таблица 3

**Частота выявления соматических дисфункций локального уровня
у женщин с миомой матки в основной группе
до и после лечения в сравнении с контрольной группой, %**

Table 3

**The frequency of detection of local level somatic dysfunctions
in women with uterine myoma in the main group
before and after treatment in comparison with the control group, %**

Соматическая дисфункция	Основная группа, n=15		Контрольная группа, n=15	
	до лечения	после лечения	в начале обследования	в конце обследования
C ₀ –C ₁	53,3	13,3	46,6	46,6
Грудобрюшной диафрагмы	46,6	6,7	46,6	40
Ограничение мобильности легких	20	6,7	0	0
Плечелопаточного комплекса	26,7	6,7	20	26,7
Лонного сочленения	0	13,3	0	0
Крестца	0	46,6*,**	0	0
Подвздошных костей	0	20	0	0
Матки	0	86,6*,**	0	0
Мочевого пузыря	0	6,7	0	0
Слепой кишки	0	13,3	0	0
Сигмовидной кишки	0	6,7	0	0

* Значимость изменений показателей в основной группе на фоне лечения ($p < 0,05$ по критерию знаков)

** Значимость различий между показателями у лиц основной и контрольной групп на фоне лечения ($p < 0,05$ по ТКФ)

Таблица 4

**Число соматических дисфункций у женщин с миомой матки в основной
группе до и после лечения в сравнении с контрольной группой**

Table 4

**The number of somatic dysfunctions in women with uterine myoma in the main
group before and after treatment, compared with the control group**

Соматическая дисфункция, уровень	Основная группа, n=15		Контрольная группа, n=15	
	до лечения	после лечения	в начале обследования	в конце обследования
Региональный	28	3*,**	25	25
Локальный	19	36	18	19
Всего	47	39	43	44

* Значимость изменений показателей основной группы на фоне лечения ($p < 0,05$ по критерию Вилкоксона)

** Значимость различий между показателями у лиц основной и контрольной групп на фоне лечения ($p < 0,05$ по критерию Манна–Уитни)

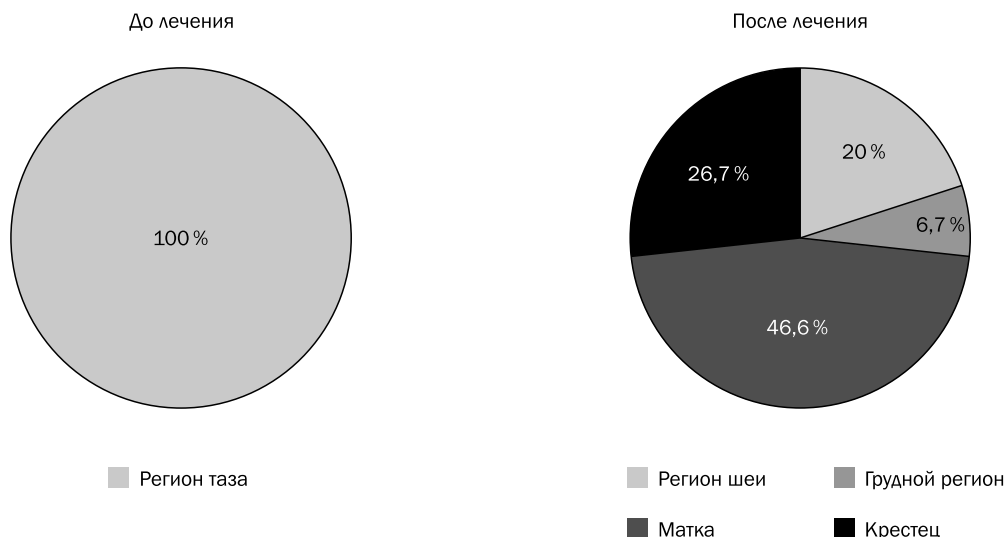


Рис. 3. Структура доминирующих соматических дисфункций у женщин основной группы до и после остеопатической коррекции

Fig. 3. The structure of dominant somatic dysfunctions in women of the main group before and after osteopathic correction

Таблица 5

Частота субъективных симптомов у пациенток обследованных групп на фоне лечения, %

Table 5

The frequency of subjective symptoms in patients of the examined groups during treatment, %

Симптом	Основная группа, n=15		Контрольная группа, n=15	
	до лечения	после лечения	в начале обследования	в конце обследования
Болевой синдром	47	7*,**	47	47
Меноррагия	40	40	40	40

* Значимость изменений показателей в основной группе на фоне лечения ($p < 0,05$ по критерию знаков)

** Значимость различий между показателями у лиц основной и контрольной групп на фоне лечения ($p < 0,05$ по ТКФ)

Обсуждение. Обратимые функциональные изменения (СД), проявляющиеся нарушениями подвижности, вязкости и эластичности тканей, нарушением кровоснабжения их и нервной регуляции, также могут способствовать развитию болевого синдрома у женщин с миомой матки во время менструации. Коррекция СД способствует устранению этих нарушений и снижает проявления болевого синдрома.

При бимануальном гинекологическом обследовании пациенток с миомой матки основной группы до и после остеопатической коррекции выявленных СД и такого же обследования в динамике женщин контрольной группы не было выявлено изменений в размерах матки. Однако

у пациенток основной группы было отмечено увеличение подвижности матки и отсутствие болезненности при обследовании во время осмотра по окончании курса остеопатической коррекции. Всем испытуемым было рекомендовано УЗИ органов малого таза в динамике для оценки влияния остеопатической коррекции на размеры миоматозных узлов непосредственно по окончании исследования и спустя 3 и 6 мес. Результаты обследования находятся на этапе сбора информации. Также в настоящее время завершаются обследования в группе сравнения, которую составили женщины 35–44 лет с альгодисменореей без миомы матки, получавшие остеопатическую коррекцию по той же схеме, что и пациентки основной и контрольной групп.

Согласно современным представлениям, миома матки не является истинной опухолью. Так, в рамках теории Г.А. Савицкого и А.Г. Савицкого, предполагается, что в результате действия повреждающих экзо- и эндогенных факторов нарушается локальное кровообращение и развивается ишемия. Это ведет к нарушению вегетативной регуляции и микроциркуляции, что может способствовать развитию дисгормональных состояний. В таких условиях формируется зачаток узла, образование которого авторы связывают с активацией камбиальных элементов поврежденной сосудистой стенки. То есть, миогенные элементы денервированных участков сосудистой стенки под влиянием дисгормонемии в совокупности с другими этиопатогенетическими факторами начинают пролиферировать, образуя зачаток миоматозного узла [15–17].

В этой связи примечательно, что большинство пациенток в обеих группах отмечали наличие таких вредных факторов, как сидячий или малоподвижный образ жизни, работа за компьютером (56,7 %), высокая нервно-эмоциональная нагрузка (30 %), умеренная нагрузка (13,3 %). Исходя из этих данных, допустимо предложить рабочую схему (рис. 4), позволяющую связать влияние вредных факторов с возникновением СД и последующим развитием миомы матки. Согласно этой схеме, сидячая работа и нервно-эмоциональная нагрузка способствуют развитию нарушения кровообращения в области малого таза и формированию СД региона таза (при этом не исключено взаимное влияние этих процессов), что при наличии предрасполагающих факторов создает условия для роста миоматозного узла. В свою очередь, остеопатическая коррекция, способствуя улучшению подвижности и нормализации кровообращения в области таза, может оказать положительное влияние на динамику заболевания. Кроме этого, следует принять во внимание, что остеопатическая коррекция влияет на периферические и центральные звенья ноцицептивной системы, активируя антиноцицептивную систему [18]. Это также может вносить вклад в положительную динамику течения заболевания в условиях нервно-эмоциональной нагрузки.



Рис. 4. Связь вредных факторов с возникновением миомы матки

Fig. 4. The relationship of harmful factors influence with the occurrence of uterine myoma

Заключение

Впервые проведён анализ остеопатического статуса и осуществлена остеопатическая коррекция у женщин, страдающих миомой матки. Исследование позволяет сделать следующие выводы.

Для пациенток с миомой матки характерно наличие соматических дисфункций регионального и локального уровня. Среди региональных соматических дисфункций у обследованных пациенток преобладали дисфункции региона таза. На локальном уровне чаще выявлялись соматические дисфункции сегмента C_0-C_1 и грудобрюшной диафрагмы.

Остеопатическая коррекция приводит к снижению частоты выявления соматических дисфункций и изменению их структуры (до лечения преобладали региональные, после лечения — локальные дисфункции).

Уменьшение общего числа соматических дисфункций (с 47 до 39) и изменение их структуры в результате остеопатической коррекции у женщин с узловой формой интрамурально расположенной миомы матки, наряду со снижением частоты субъективных симптомов (альгодисменореи — с 47 до 7%), позволяет продолжить начатые исследования по применению остеопатической коррекции в составе комплексного лечения женщин с данной патологией.

Дополнительная информация

Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература/References

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. Г. М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016; 1024 с. [Clinical recommendations. Obstetrics and gynecology / Eds. G. M. Savelyeva, V. N. Serov, G. T. Sukhikh. M.: GEOTAR-Media; 2016; 1024 p. (in russ.)].
2. Гинекология: Национальное рук. / Под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015; 704 с. [Gynecology: National Guidance / Eds. G. M. Savelyeva, G. T. Sukhikh, I. B. Manukhina. M.: GEOTAR-Media; 2015; 704 p. (in russ.)].
3. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.: МЕДпресс-информ.; 2004; 400 с. [Vikhlyayeva E. M. Guidelines for the diagnosis and treatment of uterine leiomyoma. M.: MEDpress-inform.; 2004; 400 p. (in russ.)].
4. Тихомиров А. Л., Лубнин Д. М. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки. Вопр. гин., акуш. и перинатол. 2004; 3 (6): 62–69 [Tikhomirov A. L., Lubnin D. M. Modern ideas about the etiology and pathogenesis of uterine leiomyoma. Quest. Gynec. Obstet. Perinatol. 2004; 3 (6): 62–69 (in russ.)].
5. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М.: Медицина; 1981; 160 с. [Vikhlyayeva E. M., Vasilevskaya L. N. Uterine Leiomyoma. M.: Meditsina; 1981; 160 p. (in russ.)].
6. Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В., Петрокова С. А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2008; 8 (6): 45–50 [Buyanova S. N., Mgeliasvili M. V., Petrokova S. A. Modern ideas about the etiology, pathogenesis and morphogenesis of uterine fibroids. Rus. Bull. Obstetrician-Gynecologist. 2008; 8 (6): 45–50 (in russ.)].
7. Штох Е. А., Цхай В. Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска. Сибир. мед. обозрение. 2015; 1 (91): 22–27 [Shtoh E. A., Tskhay V. B. Uterine myoma. Modern views on the pathogenesis and risk factors. Siber. Med. Rev. 2015; 1 (91): 22–27. (in russ.)]. <https://doi.org/10.20333/25000136-2015-1-22-27>
8. Shen Q., Hya Y., Jiang W., Chen M., Zhu X. Effects of mifepristone of uterine leiomyoma in premenopausal women: f meta-analysis. Fertil. and Steril. 2013; 100 (6): 1722–1726. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.039>
9. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация: Клинические рекомендации (протокол лечения) МЗ РФ, 21/09 от 2015 г. [Uterine myoma: diagnosis, treatment and rehabilitation: Clinical recommendations (treatment protocol) of the Ministry of Health of the Russian Federation, 21/09 from 2015 (in russ.)].
10. Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Белоглазова С. Е. Руководство по оперативной гинекологии. М.: Мед. информ. агентство; 2006; 640 с. [Kulakov V. I., Selezneva N. D., Beloglazova S. E. Operational Gynecology Guide. M.: Med. inform. agentstvo; 2006; 640 p. (in russ.)].
11. Daraï C., Deboute O., Zacharopoulou C. et al. Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study. Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol. 2015; 188: 70–73. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.03.001>

12. Sillem M., Juhasz-Böss I., Klausmeier I., Mechsner S., Siedentopf F., Solomayer E. Osteopathy for Endometriosis and Chronic Pelvic Pain — a Pilot Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016; 76 (9): 960–963. <https://doi.org/10.1055/s-0042-111010>
13. Мохов Д.Е., Белаш В.О. Методология клинического остеопатического обследования: Учеб. пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова; 2019; 80 с. [Mokhov D.E., Belash V.O. Methodology of clinical osteopathic examination: Study guide. St. Petersburg: Izd-vo SZGMU im. I.I. Mechnikova; 2019; 80 p. (in russ.)].
14. Мохов Д.Е., Белаш В.О., Кузьмина Ю.О., Лебедев Д.С., Мирошниченко Д.Б., Трегубова Е.С., Ширяева Е.Е., Юшманов И.Г. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: Клинические рекомендации. СПб.: Невский ракурс; 2015; 90 с. [Mokhov D.E., Belash V.O., Kuzmina Ju. O., Lebedev D.S., Miroshnichenko D.B., Tregubova E.S., Shirjaeva E.E., Yushmanov I.G. Osteopathic Diagnosis of Somatic Dysfunctions: Clinical Recommendations. St. Petersburg: Nevskij rakurs; 2015; 90 p. (in russ.)].
15. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2003; 236 с. [Savitskiy G.A., Savitskiy A.G. Uterine leiomyoma: problems of pathogenesis and pathogenetic therapy. St. Peterburg: ELBI-SPb; 2003; 236 p. (in russ.)].
16. Савицкий Г.А. Роль локальной гиперэстроидемии в патогенезе возникновения и роста миомы матки. *Журн. акуш. и жен. бол.* 2009; 4: 79–93 [Savitskiy G.A. The role of local hyperestradiolemia in the pathogenesis of the occurrence and growth of uterine leiomyoma. *J. Obstet. Women's Dis.* 2009; 4: 79–93 (in russ.)].
17. Shen Y., Xu Q., Ren M., Cai Y., Xu J. Role of single nucleotide polymorphisms in estrogen-metabolizing enzymes and susceptibility to uterine leiomyoma in Han Chinese: a case-control study. *J. Obstet. Gynaec. Res.* 2014; 40 (4): 1077–1084. <https://doi.org/10.1111/jog.12275>
18. Потехина Ю.П., Трегубова Е.С., Мохов Д.Е. Остеопатия — новая медицинская специальность. Оценка клинической эффективности остеопатического лечения при различных заболеваниях (обзор). *Мед. вестн. Северного Кавказа.* 2018; 13 (3): 560–565. [Potekhina Yu.P., Tregubova E.S., Mokhov D.E. Osteopathy is a new medical specialty. Assessment of clinical effectiveness of osteopathic manipulative therapy in various diseases (review). *Med. News North Caucasus.* 2018; 13 (3): 560–565 (in russ.)]. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13105>

Статья поступила 20.02.2020 г.,
принята к печати 17.06.2020 г.

The article was received 20.02.2020,
accepted for publication 17.06.2020

Сведения о соавторах:

Г. Н. Чеботаева, Институт остеопатии
(Санкт-Петербург), преподаватель

Information about co-authors:

Gulnara N. Chebotaeva, Institute of Osteopathy
(Saint-Petersburg), lecturer