

УДК 615.828:[615.828+612.821]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-1-86-94>

© И. Н. Шарапов, Э. Н. Ненашкина, 2023

Возможность применения остеопатической коррекции при синдроме хронической тазовой боли

И. Н. Шарапов¹, Э. Н. Ненашкина^{2,3,4,*}

¹ Медицинская клиника ООО «Остеомед»
249033, Обнинск, пр. Ленина, д. 209

² Институт остеопатии
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

³ Медицинская клиника ООО «Институт остеопатии Мохова»
191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1, лит. А

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9



Актуальность проблемы хронического тазового болевого синдрома обусловлена как его относительно высокой распространенностью, так и, в основном, значительной сложностью диагностики и лечения. Боль в тазовой области беспокоит, по оценкам разных авторов, 2,1–24 % женщин во всем мире, встречаясь примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин. Несмотря на достаточную изученность проблемы, курация пациентов с синдромом хронической тазовой боли до настоящего времени представляет сложности на этапах диагностики и лечения. Среди хронических тазовых болевых синдромов невралгия полового (срамного) нерва (*n. pudendus*) вследствие специфической симптоматики является как одним из самых мучительных для пациента, так и диагностически, и терапевтически сложным заболеванием. Вопросы изолированного применения и взаимной сочетаемости различных немедикаментозных методов до сих пор изучены недостаточно, а использование лекарственных препаратов зачастую не приносит желаемого эффекта, способствуя хронизации процесса. Однако по данным ранее проведенных исследований остеопатическая коррекция является патогенетически обоснованной и эффективной в терапии пациентов с туннельной невралгией другой локализации и может применяться как в составе комплексного лечения, так в виде монотерапии. Описан случай из практики, посвященный изолированному применению (монотерапия) остеопатической коррекции у пациентки с невралгией полового нерва. **Ключевые слова:** синдром тазовой боли, невралгия полового (срамного) нерва, синдром канала Алькока, соматическая дисфункция, остеопатическая коррекция

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

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

Статья поступила: 16.09.2022

Статья принята в печать: 30.12.2022

Статья опубликована: 31.03.2023

*** Для корреспонденции:**

Эльвира Николаевна Ненашкина

Адрес: 191024 Санкт-Петербург,
ул. Дегтярная, д. 1, лит. А, Институт остеопатии
E-mail: e.nenashkina@mail.ru

*** For correspondence:**

Elvira N. Nenashkina

Address: Institute of Osteopathy, bld. 1A
ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024
E-mail: e.nenashkina@mail.ru

Для цитирования: Шарапов И. Н., Ненашкина Э. Н. Возможность применения остеопатической коррекции при синдроме хронической тазовой боли. Российский остеопатический журнал. 2023; 1: 86–94. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-1-86-94>

For citation: Sharapov I. N., Nenashkina E. N. The possibilities of using osteopathic correction for chronic pelvic pain syndrome. Russian Osteopathic Journal. 2023; 1: 86–94. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-1-86-94>

UDC 615.828:[615.828+612.821]
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-1-86-94>

© Ivan N. Sharapov, Elvira N. Nenashkina, 2023

The possibilities of using osteopathic correction for chronic pelvic pain syndrome

Ivan N. Sharapov¹, Elvira N. Nenashkina^{2,3,4,*}¹ Medical Clinic LLC «Osteomed»

bld. 209 pr. Lenina, Obninsk, Russia 249033

² Institute of Osteopathy

bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

³ Medical Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»

bld. 1A ul. Degtyarnaya, Saint-Petersburg, Russia 191024

⁴ Saint-Petersburg State University

bld. 7/9 Universitetskaya nab., Saint-Petersburg, Russia 199034

The urgency of the chronic pelvic pain syndromes problem is due both to their relatively high prevalence and, in general, to the significant complexity of their diagnosis and treatment. Pain in the pelvic region, according to different authors, affects from 2,1 to 24% of women worldwide, occurring approximately twice as often as in men. Despite the sufficient knowledge of the problem, curation of patients with chronic pelvic pain syndrome still has difficulties both at the stage of diagnosis and at the stages of treatment. Among chronic pelvic pain syndromes, neuropathy of the pudendal nerve — n. pudendus, due to its specific symptoms, is both one of the most painful for the patient and a diagnostically and therapeutically difficult disease. The problems of isolated use and mutual compatibility of various non-drug methods are still not well understood, and the use of drugs often does not bring the desired effect, contributing to the chronicity of the process. However, according to previous studies, osteopathic correction is pathogenetically substantiated and effective in the treatment of patients with tunnel neuropathies of other localization and can be used both as part of complex treatment and as monotherapy. A case report about the isolated use (monotherapy) of osteopathic correction in a patient with pudendal neuropathy is presented.

Key words: *pelvic pain syndrome, pudendal nerve neuralgia, Alcock's canal syndrome, somatic dysfunction, osteopathic correction*

Funding. The study was not funded by any source.

Conflict of interest. The authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 16.09.2022

The article was accepted for publication 30.12.2022

The article was published 31.03.2023

Введение

Боль в тазовой области беспокоит, по оценкам разных авторов, 2,1–24% женщин во всем мире, встречаясь примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин [1–3]. В практической медицине лечением синдрома тазовой боли занимается целый ряд специалистов — гинекологи, урологи, неврологи и проктологи, но даже в условиях доступности высокоинформативных диагностических методик у многих пациентов причины хронической тазовой боли остаются не до конца выясненными. Упорное безосновательное преувеличение роли инфекционных заболеваний в патогенезе тазовой боли приводит к выбору неправильной тактики лечения и, как следствие, хронизации заболевания. Кроме того, с хронической тазовой болью тесно связаны социальные и психологические факторы, поэтому подбор индивидуальной эффективной схемы лечения представляет сложную задачу для клиницистов [2, 4].

В последнее время всё бóльшая роль в формировании синдрома хронической тазовой боли, наряду с органическими причинами (дисплазия тазобедренных суставов и коксартроз), отводится патобиомеханическим нарушениям — дисфункции пояснично-крестцового отдела позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений с формированием вторичного миофасциального синдрома тазового дна, и туннельной невропатии передней брюшной стенки и промежности. По мнению Г.А. Иваничева, мышечно-тонические нарушения занимают основное место в клинических проявлениях синдрома тазовой боли. Эти заболевания в большей степени относятся к компетенции неврологов, мануальных терапевтов и остеопатов [5, 6].

Для выбора оптимальной терапии хронической тазовой боли необходим мультидисциплинарный подход, основанный на понимании этиопатогенетических механизмов формирования болевого синдрома, с учетом особенностей функционирования и взаимовлияния органов малого таза, ведь зачастую поражение одного органа вовлекает в патологический процесс другие и приводит к перекрестной сенситизации структур периферической и центральной нервной системы, участвующих в регуляции деятельности органов таза и мышечно-суставного аппарата тазового пояса.

Среди хронических тазовых болевых синдромов невропатия полового (срамного) нерва (*n. pudendus*) вследствие специфической симптоматики является, наверное, самым «драматичным», диагностически и терапевтически сложным заболеванием [3, 7].

Пудендальная невралгия (невралгия срамного нерва, синдром канала Алькока) — одна из форм хронической тазовой боли. Относясь к периферической невропатии, развивается при поражении, компрессии (туннельная невропатия) полового нерва. Точных данных о распространенности заболевания в настоящее время нет. Считается относительно редким состоянием, встречающимся у лиц обоего пола [4, 8].

Причинами пудендальной невропатии являются сдавления или травмы (перерастяжение нерва во время родов, занятий спортом, ушибы, пересечение ветвей во время оперативных вмешательств и т.д.). Также описана роль герпетической инфекции, сахарного диабета в развитии пудендальной невропатии, хотя такие варианты требуют инструментальной нейрофизиологической верификации.

Основной симптом — боль в области промежности, заднего прохода, наружных половых органов, усиливающаяся в положении сидя. Парадоксальность проблемы диагностики в том, что врачи (в первую очередь урологи и гинекологи), регулярно сталкивающиеся с болями в области таза, периодически направляют пациентов к неврологам, а последние, вследствие недостаточной информированности о патологии и невысокой мотивированности к комплексному обследованию, такой диагноз ставят достаточно редко.

Трудности диагностики пудендальной невропатии способствуют значительная сложность и недостаточность нейрофизиологических методов исследования поражений полового нерва. Усугубляет проблему и тот факт, что «классические» подходы диагностики и лечения непосредственно повреждений полового нерва и его ветвей значительно сложнее, чем при нарушении периферических нервов других локализаций.

Половой нерв — *n. pudendus* (срамной нерв) — один из основных тазовых нервов, является смешанным нервом, включает моторные и сенсорные волокна. Формируется из S_{II-IV} корешков. Нерв покидает полость таза через большое седалищное отверстие в пространстве под грушевидной мышцей, располагаясь медиальнее ствола седалищного нерва. Затем половой нерв огибает крестцово-остистую связку сразу у места ее прикрепления к седалищной ости. На этом уровне нерв располагается между крестцово-остистой связкой вентрально и крестцово-бугорной связкой дорсально. Ствол нерва затем направляется вентрально, медиально и каудально и выходит в область промежности через малое седалищное отверстие. Он располагается в плоскости мышцы, поднимающей задний проход, в дубликатуре фасции внутренней запирающей мышцы (канал Алькока). В пределах канала Алькока нерв разветвляется на три ветви — нижний ректальный нерв,

перинеальный нерв и дорсальный нерв клитора (полового члена). Нерв обеспечивает чувствительную иннервацию аноректальной зоны, промежности, наружных половых органов.

Цель работы — разбор особенностей диагностики соматических дисфункций различного уровня и заполнения остеопатического заключения, а также представление результатов изолированного применения остеопатической коррекции (монотерапия) у пациентки с невропатией полового нерва.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2013 г.). От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов ее обследования и лечения.

Описание случая. В амбулаторно-поликлиническое отделение на прием к врачу-osteопату в феврале 2021 г. обратилась пациентка, 25 лет, с жалобами на жгучую боль выраженной интенсивности и жжение в области вульвы и преддверия влагалища, больше справа, возникающую во время полового контакта и в период менструации. Избегание сексуальных контактов из-за выраженного болевого синдрома сопровождается осложнением взаимоотношений с молодым человеком. Беспокоит снижение либидо, аноргазмия. Отмечает снижение лубрикации вульвы и влагалища и появление анальных трещин на фоне склонности к запорам.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с 2015 г., когда впервые появились вышеперечисленные жалобы. На протяжении 6 лет неоднократно обследована, проходила курсы медикаментозного лечения у гинеколога с нестойким эффектом. Проходила коррекцию у психотерапевта, в том числе и медикаментозную, с использованием препарата из группы антидепрессантов (Вортиоксетин, 10 мг/сут) в течение полугода, отмечала положительный, но нестойкий результат. При обследовании у гинеколога накануне визита к врачу-osteопату установлен диагноз вульводинии локализованной провоцируемой, миофасциального синдрома, дисменореи первичной. В плане обследования и лечения была рекомендована консультация врача-osteопата.

Представлены результаты инструментально-лабораторных исследований.

Анализ крови клинический, анализ мочи общий — показатели в пределах референсных значений. Анализ крови на форму-50, RW, HBsAg, HCV — не обнаружено.

Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов: гонококки, трихомонады не обнаружены, лейкоциты 10–15 в поле зрения.

УЗИ органов малого таза — органической патологии не обнаружено.

УЗИ почек — правосторонний нефроптоз II степени.

Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника: МР-картина начальных явлений остеохондроза, протрузии дисков L_{IV-V} , L_V-S_I .

Осмотр невролога: начальные проявления остеохондроза позвоночника, люмбагия.

Осмотр уролога: правосторонний нефроптоз II степени.

Комплексное УЗИ сосудисто-нервного пучка, мышц, связочного аппарата, симфиза, лонных костей дало следующие результаты.

Половой канал (Алькока) — *canalis pudendalis*, фасции запирающей мышцы — целостность не нарушена, утолщены справа и слева, экзогенность значительно повышена.

Грушевидные мышцы справа и слева — целостность не нарушена, экзогенность повышена $D>S$, структурность справа стерта локально на протяжении 18×9 мм в сравнении с противоположной стороной.

Половой нерв — целостность не нарушена, миелиновая оболочка сниженной экзогенности, прослеживается полностью, линейность справа — слегка нарушена, слева — не нарушена, диаметр паттерна изменен в сравнении с противоположной стороной, справа — компримирован.

Лобковое сращение (*simphysis ossis pubis*): контур правой лобковой кости достаточно ровный, слегка повышена экзогенность, расхождения лобковых костей нет (4,5 мм), межлобковый диск — экзогенность локально повышена, в нижней трети — значительно, неоднороден по структуре. Верхне-лобковая связка — целостность не нарушена, контур четкий, неровный, экзогенность повышена.

Лобковые кости — на разном уровне: ротация на $7,4^\circ$ слева направо.

Крестцово-подвздошный сустав: межкостные крестцово-подвздошные связки: задние (дорсальные) крестцово-подвздошные связки — повышена эхогенность, линейность не изменена $S>D$, крестцово-бугорные связки (*lig. sacrotuberale*) — $S>D$ эхогенность повышена, крестцово-остистые связки — целостность не нарушена, эхогенность слегка повышена справа и слева. Суставные поверхности крестцово-подвздошных сочленений достаточно конгруэнтны, суставные щели не изменены. Крестцово-бугорные связки: справа — целостность не нарушена, эхогенность и эхоструктура не изменены, слева — целостность не нарушена, эхогенность повышена и линейная структура сохранена.

Крестцово-копчиковое сочленение: субхондральный склероз в области крестцово-копчикового сочленения, дистальная часть крестца — контур неровный, локально нечеткий, субхондральный склероз.

Седалищные бугры — контур нечеткий, диффузно — левый, значительно неровный, надкостница слева значительно утолщена от 0,7 до 0,9 см, с узурациями, остеофит 1,2 мм, справа надкостница уплотнена.

Заключение: УЗ-признаки ротации костей таза слева направо, остеохондропатия симфиза, пудендоневропатия двусторонняя $D>S$, дегенеративно-дистрофические изменения в крестцово-копчиковом отделе позвоночника, остеофиты; субхондральный склероз седалищных костей слева, остеофиты; дегенеративные изменения (фиброз) связочно-мышечного аппарата.

На основании комплексного клинικο-неврологического обследования и Нантских диагностических критериев [8] пациентке был установлен диагноз хронической пудендальной невропатии (синдром канала Алькока).

Анамнез жизни. Родилась доношенной, росла и развивалась соответственно возрасту. Выросла в полной семье, однако отмечает прохладные отношения с родителями. Во время обучения в средней школе подвергалась психологическому насилию.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2–3 раза в год, ангина, острый бронхит.

Хронические заболевания: миопия слабой степени, состоит на диспансерном учете у офтальмолога.

Травмы: многочисленные падения во время занятий профессиональным спортом — спортивной гимнастикой.

Оперативные вмешательства: 2013 г. — правосторонняя паховая грыжа — грыжесечение с пластикой местными тканями.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, нерегулярные, по 4–5 дней с интервалом 25–45 дней, скудные, болезненные.

Половые контакты с 18 лет, диспареуния.

Контрацепция — барьерная.

Гинекологические заболевания: вульводиния, нарушение менструального цикла по типу дисменореи в репродуктивном возрасте.

Эпидемиологический анамнез: в декабре 2020 г. перенесла новую коронавирусную инфекцию, легкая форма, амбулаторное лечение.

Туберкулез, гепатит, гемотрансфузии, венерические заболевания — отрицает.

Наследственность: у матери варикозная болезнь вен нижних конечностей, тромбоз глубоких вен голени в 40 лет.

Профессиональная деятельность: администратор зала в заведении общественного питания (рабочий день 12–13 ч на ногах, стресс).

Страховой анамнез: за последние 6 мес листков нетрудоспособности не выдавалось.

Вредные привычки: курение до 10–12 сигарет в сутки в течение 8 лет.

По данным объективного осмотра на момент обращения определяется дефицит массы тела (рост — 170 см, масса тела — 50 кг, ИМТ = 17,3 кг/м²), астеническое телосложение. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные; в правой паховой области определяется послеоперационный рубец; видимая слизистая оболочка обычной окраски, влажная. Периферические лимфатические узлы не увеличены, доступные группы — безболезненны при пальпации. Молочные железы развиты правильно, соски чистые. Пульс на лучевых артериях 68 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Остеопатическую диагностику проводили в соответствии с рекомендациями [9], результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Остеопатическое заключение при первичном обращении пациентки

Table 1

Osteopathic conclusion at the first visit of the patient

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 16л / 26л / 36л	Ритмогенное 16л / 26л / 36л	Нейродинамическое 16л / 26л / 36л
Глобальный	1 2 3	Краниальное 1 2 3 Кардиальное 1 2 3 Дыхательное 1 2 3	ПВС 1 2 3 Постуральное 1 2 3
Региональный	Регион:	сoma	висцера
	Головы	1 2 3	
	Шеи	1 2 3	1 2 3
	Верх. конечн.	1 2 3	
	Грудной	1 2 3	1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3	
	ТМО	1 2 3	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): $C_{0-I}, L_{IV-V}, L_V-S_I$.		
	Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция региона таза — структуральная составляющая.		

Тактика ведения пациентки была индивидуальна и основывалась на результатах остеопатического заключения, начиная от коррекции доминирующей остеопатической дисфункции — региональной соматической дисфункции таза [9]. В ходе работы использовали следующие техники и подходы: артикуляционные и мышечно-энергетические техники, техники сбалансированного лигаментозного натяжения для коррекции соматических дисфункций региона таза, артикуляционные техники коррекции соматических дисфункций грудного региона, дисфункций позвоночно-двигательных сегментов C_{0-I}, L_{IV-V}-S_I, уравнивание диафрагмы тазового дна, коррекция дисфункций ишиоректальной ямки и внутренней запирательной мышцы, уравнивание краниосакральной системы.

Всего пациентке было проведено четыре сеанса остеопатической коррекции с интервалом 14–20 дней.

В течение курса лечения пациентка не получала медикаментозной терапии. Проводили только остеопатическую коррекцию и наблюдение за пациенткой на протяжении 3 мес, также были даны рекомендации по модификации двигательного режима: избегать длительного сидения, при вынужденном сидении использовать специальную подушку, ввести в режим дня упражнения для мышц тазового дна и других мышц таза (упражнения типа Кегеля), миофасциальный релиз или занятия йогой.

С учетом того, что пациентка обратилась на прием с жалобами на выраженный болевой синдром, ей было предложено оценить степень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Диапазон оценок по данной шкале составляет от 0 до 100, более высокий балл указывает на большую интенсивность боли. На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: нет боли — 0–4 балла, слабая боль — 5–44 балла, умеренная боль — 45–74 балла, сильная боль — 75–100 баллов [10].

Уже после первого сеанса остеопатической коррекции пациентка отметила значительное уменьшение выраженности болевого синдрома во время полового контакта — с исходных 80 баллов по шкале ВАШ до 40. После следующих сеансов интенсивность провоцируемой боли уменьшилась до 20 баллов, однако полного устранения болезненности и сопутствующих вегетативных нарушений достигнуто не было вследствие длительного течения заболевания и, вероятно, структурных неврологических изменений. Тем не менее, по окончании курса остеопатической коррекции пациентка отметила отсутствие боли (0 баллов по шкале ВАШ) во время менструации в сравнении с исходным уровнем боли 60–70 баллов.

Динамика выявления соматических дисфункций у данной пациентки на фоне проводимого лечения отражена в табл. 2. Отмечено уменьшение числа и степени выраженности ранее выявленных соматических дисфункций.

В динамике по окончании курса остеопатической коррекции выполнено комплексное УЗИ сосудисто-нервного пучка, мышц, связочного аппарата, симфиза, лонных костей: УЗ-признаки деге-

Таблица 2

Остеопатическое заключение после завершения курса остеопатической коррекции

Table 2

Osteopathic conclusion after completion of the osteopathic correction course

Уровень/Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл		
Глобальный	1 2 3	Краниальное 1 2 3 Кардиальное 1 2 3 Дыхательное 1 2 3	ПВС 1 2 3 Постуральное 1 2 3		
Региональный	Регион:	сома	висцера	BC	CB
	Головы	1 2 3		Cr	1 2 3
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C _{I-III}	1 2 3 1 2 3
	Верх. конечн.	1 2 3		C _{IV-VI}	1 2 3 1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C _{VII} -Th _I	1 2 3 1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th _{II} -Th _V	1 2 3 1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th _{VI} -Th _{IX}	1 2 3 1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th _X -L _I	1 2 3 1 2 3
	ТМО		1 2 3	L _{II} -L _V	1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): C _{0-I'} L _V -S _{I'} .				
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция региона таза — структуральная составляющая.					

неративно-дистрофических изменений в крестцово-копчиковом отделе позвоночника и в лонном сочленении, субхондральный склероз седалищных костей слева, остеофиты; дегенеративные изменения (фиброз) связочно-мышечного аппарата. Эхографически признаков невропатии полового нерва не обнаружено.

На следующий прием к врачу-остеопату пациентка обратилась через 6 мес на фоне беременности 26 нед, наступившей в результате нормальной половой жизни. Впоследствии проводилось остеопатическое сопровождение во время беременности, в исходе которой в марте 2022 г. родился здоровый, доношенный ребенок.

Обсуждение. В ходе клинического остеопатического обследования у наблюдаемой пациентки были выявлены соматические дисфункции регионального уровня, доминирующей из которых являлась структуральная составляющая региона таза, наиболее вероятно и послужившая причиной формирования туннельной невропатии с компрессией полового нерва в так называемых областях остеопатического конфликта (при выходе из большого седалищного отверстия под грушевидной мышцей, в пространстве между крестцово-остистой и крестцово-бугорной связкой и в области канала Алькока — между листками фасции внутренней запирающей мышцы), проявляющей себя синдромом хронической тазовой боли. Соматические дисфункции данных анатомических образований хорошо доступны диагностике при проведении комплексного клинического и остеопатического обследований. В связи с этим остеопатическая коррекция, в том числе, должна включать поиск и коррекцию зоны остеопатического конфликта.

Дополнительное использование опросника (ВАШ) и инструментального метода контроля (комплексное УЗИ сосудисто-нервного пучка, мышц, связочного аппарата и костей таза) позволили объективизировать результаты работы врача-остеопата.

Устранение соматических дисфункций региона таза, восстановление его биомеханики и анатомо-физиологических взаимоотношений *n. pudendus*, а также нормализация кровообращения и невралного обеспечения региона способствуют регрессу компрессионной симптоматики, купированию воспалительных реакций, регенерации тканей и уменьшению степени выраженности болевого синдрома.

С учетом современных представлений об этиопатогенезе туннельной невропатии, можно говорить о том, что остеопатическая коррекция является патогенетически обоснованной в терапии пациенток с данной нозологической формой и потенциально может применяться в виде монотерапии.

Заключение

Описанный случай из практики продемонстрировал высокую эффективность остеопатической коррекции при синдроме хронической тазовой боли, обусловленной компрессионной невропатией полового нерва.

Вопрос изолированного применения немедикаментозных методов в терапии пациенток с этим синдромом, а также анализ возможности их сочетания с медикаментозными способами лечения является актуальным и требует дальнейшего изучения.

Вклад авторов:

И. Н. Шарапов — обзор публикаций по теме статьи, сбор материалов, написание статьи

Э. Н. Ненашкина — научное руководство исследованием, анализ результатов, написание статьи, редактирование

Authors' contributions:

Ivan N. Sharapov — literature review, data collection, writing the manuscript

Elvira N. Nenashkina — scientific guidance, results analysis, writing the manuscript, editing of manuscript

Литература/References

1. Latthe P, Mignini L, Gray R., Hills R., Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *Brit. med. J.* 2006; 332 (7544): 749–755. <https://doi.org/10.1136/bmj.38748.697465.55>
2. Daniels J.P., Khan K.S. Chronic pelvic pain in women. *Brit. med. J.* 2010; 341: c4834. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4834>
3. Извозчиков С.Б. Механизмы формирования и диагностика туннельных пудендонейропатий. Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. 2019; 119 (11): 98–102.
[Izvozchikov S.B. Mechanisms of formation and diagnosis of tunnel pudendal neuropathy. *S.S. Korsakov J. Neurol. Psychiat.* 2019; 119 (11): 98–102 (in russ.)]. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911911198>
4. Зайцев А.В., Шаров М.Н., Пушкарь Д.Ю., Ходырева Л.А., Дударева А.А. Хроническая тазовая боль: Методические рекомендации. М.: Издательский дом «АБВ-пресс»; 2016; 43 с.
[Zaitsev A.V., Sharov M.N., Pushkar D.Yu., Khodyreva L.A., Dudareva A.A. Chronic pelvic pain. Guidelines. M.: Publishing house «ABV-press»; 2016; 43 p. (in russ.)].
5. Барраль Ж.-П. Урогенитальные манипуляции. Иваново: Изд-во МИК; 2004; 262 с.
[Barral J-P. Urogenital manipulations. Ivanovo: MIK Publishing House; 2004; 262 p. (in russ.)].
6. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. Казань; 2007; 392 с.
[Ivanichev G.A. Myofascial pain. Kazan; 2007; 392 p. (in russ.)].
7. Ильяшенко В.И. Пудендальная невралгия: диагностика и лечение. *Pain Med. J.* 2018; 3 (4): 54–57.
[Ilyashenko V.I. Pudendal neuralgia: diagnosis and treatment. *Pain Med. J.* 2019; 3 (4): 54–57 (in russ.)]. <https://doi.org/10.31636/pmju.v3i4.3>
8. Labat J.-J., Riant T., Robert R., Amarenco G., Lefaucheur J.-P., Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurorol. Urodynamics.* 2008; 27 (4): 306–310. <https://doi.org/10.1002/nau.20505>
9. 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: Studyguide. St. Petersburg: Izd-vo SZGMU im. I. I. Mechnikova; 2019; 80 p. (in russ.)].
10. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain. *Pain.* 1976; 2 (2): 175–184. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(76\)90113-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(76)90113-5)

Сведения об авторах:

Иван Николаевич Шарапов, канд. мед. наук,
Медицинская клиника ООО «Остеомед» (Обнинск),
генеральный директор, врач-невролог,
врач-остеопат

Эльвира Николаевна Ненашкина,
Институт остеопатии (Санкт-Петербург),
старший преподаватель; Санкт-Петербургский
государственный университет, ассистент Института
остеопатии; Медицинская клиника ООО «Институт
остеопатии Мохова» (Санкт-Петербург),
врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой
диагностики, врач-остеопат
eLibrary SPIN: 1083-6912

Information about authors:

Ivan N. Sharapov, Cand. Sci. (Med.),
Medical Clinic LLC «Osteomed» (Obninsk),
general director, neurologist, osteopathic physician

Elvira N. Nenashkina,
Institute of Osteopathy (Saint-Petersburg),
senior lecturer; Saint-Petersburg State University,
Assistant at the Institute of Osteopathy; Medical
Clinics LLC «Mokhov Institute of Osteopathy»
(Saint-Petersburg), obstetrician-gynecologist,
doctor of ultrasonic diagnostics,
osteopathic physician
eLibrary SPIN: 1083-6912