

ЕКАТЕРИНА ФИЛИПОВА

д.м.н., врач-уролог, нейроуролог,
автор блога uro_ekb

ДИСКОМФОРТ

при половом
акте

БОЛИ

в интимных
местах

ТАЗОВАЯ БОЛЬ

ЖЖЕНИЕ

в уретре

СПАЗМ

в промежности

ПРОБЛЕМЫ

с мочеиспусканием

НАРУШЕНИЯ

эрекции
и семяизвержения

Почему она возникает
и что с ней делать

Екатерина Сергеевна Филиппова
Тазовая боль. Почему она
возникает и что с ней делать
Серия «Доступная медицина. Книги
врачей, которым можно доверять»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69972475

Тазовая боль. Почему она возникает и что с ней делать:

ISBN 978-5-04-195675-2

Аннотация

По статистике боль в области таза, промежности и половых органов испытывают около 14% мужчин и женщин во всем мире. Книга «Тазовая боль» – это практическое руководство, которое помогает читателям разобраться в причинах и проявлениях синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). Врач-уролог, доктор медицинских наук Екатерина Филиппова объясняет, как устроен таз и почему на фоне хороших анализов могут длительно сохраняться боли в интимных местах, дискомфорт при половом акте, проблемы с мочеиспусканием и опорожнением кишечника, эрекцией и семяизвержением. Автор рассказывает, как избавиться от тазовой боли с помощью упражнений, массажа и медикаментов. В книге представлены конкретные

рекомендации и советы, которые помогут читателям справиться с болевыми ощущениями.

Внимание! Информация, содержащаяся в книге, не может служить заменой консультации врача. Необходимо проконсультироваться со специалистом перед любыми рекомендуемыми действиями.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Предисловие	6
Часть I	8
Глава 1	9
АйБолит, или Бег по кругу	9
Тазовая боль – тайна за семью фенотипами	18
Дно всех проблем	23
Глава 2	27
Как устроен таз	27
Функции мышц тазового дна	39
Конец ознакомительного фрагмента.	43

**Екатерина Сергеевна
Филиппова**

**Тазовая боль. Почему
она возникает и
что с ней делать**

© Филиппова Е. С., текст, 2023

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2024

Предисловие

Уголь отдает тепло, сгорая, – книга выделяет тепло, когда ее читают.

Мирон Петровский

Мои любимые пациенты, эта книга появилась на свет для вас и благодаря вам!

С каждым годом борьба с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) все больше занимает мой ум, сердце и душу, а также время и пространство. Ежедневно я вижу больных разного пола и возраста, приезжающих со всех концов нашей большой страны, и все они похожи и не похожи одновременно. У каждого своя история, свой набор предрасполагающих факторов, причин и симптомов, своя толстая папка с медицинскими документами, бесконечными обследованиями и заключениями от десятков разных специалистов. У всех до одного в глазах отчаяние и страх. Страх перед этой странной болезнью, которой как будто не существует: анализы хорошие, лекарства не помогают, врачи отправляют один к другому – то ли не верят, то ли не понимают, то ли просто не хотят вникать. Нередко доктора, не видя объективной причины для страданий, намекают пациентам, что они просто выдумывают себе болезнь. Тем временем тазовая боль продолжает возвращаться, мучить, преследовать, пор-

тить характер, разрушать семью и карьеру. Она не убивает, но медленно крадет эту жизнь, день за днем.

По статистике, около 14 % мужчин и женщин по всему миру страдают от СХТБ. Кто-то испытывает лишь небольшой дискомфорт, а для кого-то жизнь превращается в постоянную борьбу с тазовой болью.

Не претендуя на истину, я постаралась обобщить и максимально просто изложить на бумаге знания, накопленные в процессе ежедневной клинической практики и непрерывного обучения в разных направлениях, от анатомии и урологии до остеопатии и психосоматики. И это не только мой опыт, но и ваш – опыт пациентов, которые стали моими главными учителями на этом пути.

Книга, которую вы держите в руках, не таблетка, и вряд ли она вас вылечит, хотя и такое возможно. В любом случае, прочитав ее, вы будете лучше чувствовать и понимать себя и причины тех симптомов, которые испытываете.

Часть I

Тайны тазового дна



Глава 1

Что такое СХТБ

АйБолит, или Бег по кругу

Вылечи меня, пожалуйста, вылечи...
Николай Гринько. Песня

Что делает человек, столкнувшийся с болью в области мочеполовых органов и интимными проблемами, в XXI веке? Терпит и ждет, когда само пройдет? Конечно! Можно немного подождать, но долго терпеть не будешь, и если боль не проходит, придется что-то предпринимать. Может быть, отправиться в лес за клюквой, корой осины и струей бобра? Вариант. Но все же хочется верить, что здравомыслящий человек обратится к доктору и пройдет обследование, позволяющее установить причину проблем.

Тазовая боль приводит пациентов к урологам, гинекологам и проктологам, каждый из которых обладает достаточным набором современных диагностических методов, чтобы установить наличие инфекции и воспаления, опухолевых заболеваний, гормональных нарушений, аномалий развития и других известных науке патологий. Если причину симптомов удалось выявить, то, скорее всего, пациент получит

адекватное или не очень адекватное, но все равно эффективное лечение и избавиться от своих проблем навсегда или хотя бы на время.

Вместе с тем огромное количество мужчин и женщин, страдающих нарушениями мочеиспускания, болью внизу живота, в промежности, в половых органах, испытывающих дискомфорт при половом акте или после него, имеющих трудности с опорожнением кишечника и другие проблемы, о которых не принято говорить, проходят бесконечные обследования у врачей различных специальностей. Они горстями едят таблетки, нередко даже подвергаются ненужным операциям, и все безрезультатно. Неудивительно, что мысли о страшных невыявленных болезнях, загадочных вирусных и бактериальных инфекциях, паразитах, злокачественных опухолях и других угрожающих жизни и здоровью проблемах преследуют пациентов, делая их жизнь невыносимой.

Обилие и доступность всевозможной информации в сети Интернет, с одной стороны, делает пациентов настолько «прокаченными» в проблеме СХТБ, что многие могут дать фору докторам. С другой стороны, не имея базового медицинского образования, разобраться в этом потоке информации крайне сложно. Особенно когда она проходит через призму собственных страхов, боли и переживаний.

Здравствуй, форум по тазовой боли, – привет, невроз.

Всегда прошу своих пациентов относиться к публикациям

в интернете с большой осторожностью. Конечно, среди массы бесполезной информации там обнаруживаются и нужные сведения, контакты специалистов и необходимые ссылки, но сколько душевных страданий можно заполучить, столкнувшись с непроверенными, ошибочными или просто придуманными данными! Те, кто поправился, не сидят в Сети, они начинают жить полноценной активной жизнью и, чтобы не сглазить, не спешат делиться радостной новостью о своем выздоровлении. На форумах с большей вероятностью остаются люди с неправильным диагнозом или вообще без него. Они не смогли найти помощи, и это создает гнетущую атмосферу, а значит, усиливает страх и боль, замыкая порочный круг СХТБ. В том, что пациенты вынуждены самостоятельно, без спасательных жилетов, плавать в информационном интернет-потоке, безусловно, нет их вины. Скорее это вина врачей. Однако не спешите судить строго, здесь все не так просто. Давайте попробуем разобраться.

В традиционной медицине тело человека «разобрано» на части, каждую из которых курирует отдельный специалист. Классическое медицинское образование организовано соответствующим образом. Анатомия изучает строение мочеполовой, пищеварительной, кровеносной и других систем, физиология – их функционирование.

Патологическая физиология и патологическая анатомия освещают общие принципы течения заболеваний и те изменения, которым подвергаются отдельные органы и системы

в условиях болезни. Биохимия приводит к общему знаменателю процессы, протекающие в организме только на молекулярном уровне. Эти основополагающие предметы врачи изучают на первых курсах медицинского университета, и именно они дают представление о нормальном и патологическом состоянии тела. Дальнейшее обучение построено на освоении отдельных клинических дисциплин, каждая из которых сконцентрирована на «своих» органах и «своих» заболеваниях. За калейдоскопом бесчисленных болезней, лекарств, анализов, операций в глазах студента медицинского вуза, а затем и врача теряется представление о человеке как о сложном и цельном биопсихосоциальном существе. И, несмотря на очень высокий уровень развития медицины, очевидная взаимосвязь стресса с различными заболеваниями до сих пор не нашла доказательных научных объяснений. Такие направления науки о человеке, как нейробиология, остеопатия, кинезиология, эндокринология и нутрициология, на сегодняшний день наиболее близко подходят к пониманию глобальных причин появления патологических процессов в организме и их взаимосвязях.

Синдром хронической тазовой боли – пример заболевания, не вписывающегося в традиционные медицинские шаблоны и не поддающегося стандартным алгоритмам лечения.

Типичный путь пациента с СХТБ начинается с уролога или гинеколога – врачей, которые лечат органы мочеполо-

вой системы. Каждый из них выполняет стандартный набор диагностических тестов, исключая «свои» заболевания. Если в результатах обследования есть за что зацепиться, будет поставлен «дежурный диагноз»: хронический цистит, хронический простатит, хронический уретрит, хронический аднексит или какой-нибудь еще «-ит» – и назначено очередное бесполезное лечение. Если анализы идеальны, врач констатирует, что причины для болевого синдрома со стороны «его органов» нет, и направит к другому специалисту: уролог к гинекологу и наоборот (рис. 1).



Рис. 1. Бег по кругу

Как правило, к этой цепочке присоединятся еще проктолог, гастроэнтеролог и невролог, и она превратится в замкнутый круг, по которому больной с СХТБ может циркулировать до бесконечности, обращаясь все к новым и новым врачам. При этом каждый узкий специалист смотрит в рамках

свойственного ему традиционного подхода, и в этом нет его вины. Невролог мог бы приблизиться к пониманию проблемы, но врачам этого профиля в большинстве своем непривычно работать с интимной зоной, обсуждать нюансы симптомов и осматривать пациентов в гинекологическом кресле, да у них и кресла-то нет. Психиатр часто становится конечным пунктом, куда посылают больного с СХТБ клиницисты. И это не лишено смысла, так как любая хроническая боль сопровождается изменениями психики и требует соответствующего лечения. Однако психиатр в одиночку тоже не может решить проблему, и пациент продолжает ходить по кругу.

Поверьте, никто из докторов не радуется, встречаясь с больным с СХТБ, потому что, во-первых, понимает, насколько сложная эта проблема; во-вторых, знает, что, скорее всего, ему не хватит времени стандартного приема даже на то, чтобы просто выслушать пациента; и, в-третьих, осознает, что не обладает достаточными ресурсами для самостоятельного излечения тазовой боли. СХТБ становится настоящей «головной болью в тазу» как для пациента, так и для врачей, которые с ним работают (рис. 2).



Рис. 2. Головная боль в тазу

СХТБ не возникает на пустом месте, его появлению предшествуют длительно формирующиеся изменения в теле и психике, а толчком к развитию обычно становится стрессовая ситуация. Только честный и открытый взгляд в глубь проблемы помогает прекратить бесконечное хождение по врачам и начать путь к выздоровлению.

Лечение тазовой боли предполагает непосредственное и активное участие самого пациента. От СХТБ не существует волшебной таблетки или чудесного исцеляющего метода, и

искать их бессмысленно. Лишь приняв на себя ответственность за свое тело и свою болезнь, можно добиться успеха.

К сожалению, врачи не привыкли искать истинные причины дисбаланса, возникающего в организме и приводящего к болезням. Однако и сами люди в большинстве своем не умеют прислушиваться к собственному телу и понимать сигналы, которые оно посылает. Задумайтесь о том, как вы чувствуете себя в настоящий момент. Напряжены вы или расслаблены? Устали или нет? Достаточно ли сегодня спали? Испытываете ли вы радость от окружающего мира? Умеете ли видеть красивое и наслаждаться мелочами? Давно ли вы делали что-то, что вас успокаивает и расслабляет? В бешеном ритме современной жизни мы привыкли потребительски относиться к своему телу и психике. Мы не обращаем внимания на свое физическое состояние, пока не ощутим боль – воспринимать меньшие сигналы мы не готовы. Хроническая тазовая боль вызывается не вирусами и не бактериями, она является результатом нашего «пользования» телом в течение всей предшествовавшей жизни, а тело, как известно, помнит все! Но об этом чуть позже.

Тазовая боль – тайна за семью фенотипами

*Тазовая боль не убивает, она крадет жизнь.
Ненаучный факт*

Согласно официальному определению, синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – это боль в области таза у мужчин и женщин, присутствующая более трех месяцев постоянно или возникающая периодически на протяжении шести месяцев. При этом инфекция или другая локальная патология отсутствуют, и болевой синдром считается первичным. В Российской Федерации нет официальных клинических рекомендаций по СХТБ, и доктора в большинстве своем ориентируются на Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов, доступные на русском языке [1]. В 2022 году мы с коллегами готовили курс дистанционного образования по тазовой боли на отечественном информационном портале «Уровеб» и проводили опрос среди докторов на предмет их удовлетворенности имеющимися гайдлайнами по СХТБ и в целом озабоченности данной проблемой. Из 230 участников опроса только 19,4 % ответили, что удовлетворены существующими клиническими рекомендациями по тазовой боли. При этом 97,4 % сказали, что считают проблему очень актуальной.

Вы спросите, почему так много урологов, недовольных клиническими рекомендациями. К сожалению, все очень просто: потому что в рекомендациях нет ответа на основной, волнующий всех вопрос о причине СХТБ. Само определение синдрома первичной хронической тазовой боли подразумевает тот факт, что мы не знаем, в чем ее источник, и как бы считаем, что она появилась первично из ниоткуда. Если вдуматься и посмотреть со стороны пациента, это звучит ужасно.

Согласитесь, болеть чем-то, причина чего понятна, гораздо спокойнее, чем страдать от какой-то загадочной, возникшей неизвестно откуда болезни.

Классификация СХТБ, предложенная Европейской ассоциацией урологов, подразделяет недуг на подтипы в зависимости от того, где локализована боль. Например: первичный мочепузырный болевой синдром, первичный простатический болевой синдром, уретральный (в мочеиспускательном канале), пенильный (в половом члене), мошоночный (в мошонке) и так далее. Понятно, что такая классификация не добавляет ясности, так как ничего не говорит о причинах болевого синдрома, а один и тот же пациент может испытывать боль разной локализации.

Однако не все так плохо в клинических рекомендациях. Докторам предлагается использовать фенотипический подход к диагностике и лечению тазовой боли (UPOINTS), что подчеркивает многоплановость проблемы и помогает по-

добрать лечение. Выделяют семь доменов, объединяющих симптомы и проявления СХТБ.

U (urinary) – урологический – включает нарушения мочеиспускания.

P (psychosocial) – психосоциальный – подразумевает тревожность по поводу боли, стресс, депрессию и потерю социальных функций.

O (organ-specific) – органоспецифический – включает в себя симптомы, связанные с гинекологическими, желудочно-кишечными и аноректальными проблемами.

I (infection) – инфекционный – указывает на инфекцию как возможную причину СХТБ.

N (neurologic) – неврологический – подчеркивает участие механизма центральной и периферической сенсебилизации нервной системы в формировании хронического болевого синдрома.

T (tenderness) – мышечно-спастический домен – оценивает наличие триггерных точек в мышцах тазового дна, их болезненность и повышенный тонус.

S (sexual) – сексуальный – акцентирует значимость сексуальных нарушений, проблем с эрекцией, эякуляцией, болезненности во время или после полового контакта.

Концепцию семи фенотипов часто изображают в виде снежинки, и в этом есть глубокий смысл: подобно тому, как не существует двух одинаковых снежинок, нет двух пациентов с одинаковой фенотипической картиной (рис. 3).



Рис. 3. U P O I N T S (фенотипы)

В клинических рекомендациях Европейской урологической ассоциации очень пространно говорится о подходах к лечению СХТБ, но основная идея заключается в том, что оно должно учитывать, какие именно домены UPOINTS присутствуют в каждом конкретном случае. Делается акцент на том, что эффективная терапия предполагает работу междис-

циплинарной команды, так как один специалист не может самостоятельно охватить все аспекты СХТБ. Честно скажу вам, в европейском руководстве по тазовой боли так много воды, что в ней впору утонуть, однако мысль о многофакторном подходе, основанном на фенотипах, безусловно, очень здравая. Она подчеркивает, насколько сложной и многокомпонентной проблемой является синдром хронической тазовой боли.

К сожалению, в реальности существующая система здравоохранения не может предложить пациенту с тазовой болью ничего даже близко похожего на многопрофильную команду специалистов.

Работа по каждому из доменов требует привлечения не только врачей-урологов, нейроурологов, гинекологов, проктологов, неврологов, нейрохирургов, психиатров и психотерапевтов, но и специалистов в области физической реабилитации, мануальной терапии и психологии. Хочется верить, что в скором времени такой подход станет доступен хотя бы в условиях частной медицины. Пациент больше не будет ходить по кругу, потому что врачи станут работать вместе, а не «футболить» его от одного к другому.

Дно всех проблем

*Ведь кто-то же должен быть виноват.
Здравый смысл*

Что же это получается? Никто не виноват, и тазовая боль возникает сама по себе, беспричинно складываясь, как мозаика, из отдельных компонентов, красиво названных фенотипами? А как же все то множество хоть и разнообразных, но все же однотипных симптомов, встречающихся почти у всех пациентов с тазовой болью? Что за чудесные совпадения? Этот вопрос не давал мне покоя с того самого момента, как я начала заниматься СХТБ. Осознанию проблемы мне лично очень помог тот факт, что параллельно с тазовой болью я много работала с пациентами, страдающими нарушениями мочеиспускания, и выполняла уродинамические исследования (КУДИ – комплексное уродинамическое исследование). Я заметила, что такие симптомы, как затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, навязчивые позывы по-маленькому, необходимость возвращаться в туалет, чтобы «домочиться», подтекание капель мочи после мочеиспускания (терминальный дриблинг) и другие свойственны как пациентам с синдромом хронической тазовой боли, так и без него. И проявления эти всегда ассоциированы с гипертонусом мышц тазового дна. При тщательном опросе людей, обратившихся исходно с жалоба-

ми на проблемы с мочеиспусканием, выяснялось, что периодически их может беспокоить также дискомфорт в промежности или половых органах, которому они не придают особого значения, женщин – боли при половом акте, мужчин – проблемы с эрекцией, представителей обоих полов – затруднения при дефекации. В целом это очень походило на симптомы СХТБ, только менее яркие. В какой-то момент я начала всем пациентам проводить пальпацию мышц тазового дна, и выяснилось, что в обеих группах мышцы напряжены, болезненны и дисфункциональны.

У пациентов с СХТБ осмотр мышц тазового дна позволяет «воспроизвести беспокоящие симптомы» и найти зоны максимального дискомфорта. Сложно сомневаться в источнике боли, когда при пальпации простата или мочевого пузыря абсолютно спокойны, а прикосновение к триггерным точкам в мышцах невыносимо болезненно.

В тот же период мне в руки попала теперь уже широко известная в узких кругах книга «Протокол Уайза – Андерсона», в которой профессор урологии Стэнфордского университета Родни Андерсон и физиотерапевт Дэвид Уайз говорят о спазме мышц тазового дна как основной причине синдрома хронической тазовой боли [2]. «Пазл» в моей голове сложился.

Вот почему, работая в одном тазу, урологи, гинекологи и проктологи не видят причины тазовой боли. Все забывают про сами стенки таза, представленные мышцами и фасция-

ми.

Кажется, что если болит низ живота или промежность – это проявление заболевания какого-то органа, находящегося в полости таза. Но что, если болят сами мышцы?

Может болеть шея или поясница, почему же не может болеть довольно большой массив мышц, расположенных в тазу?

Все забывают про мышцы, потому что они «ничьи». Они не относятся ни к мочеполовой системе, ни к желудочно-кишечному тракту, поэтому урологи, гинекологи и проктологи умывают руки, а для врачей других специальностей зона промежности слишком интимна, слишком сильно симптомы переплетаются с нарушениями мочеиспускания, дефекации и сексуальной функции. Это путает и даже пугает врачей и усложняет диагностику.

Осознание роли мышц тазового дна в развитии тазовой боли постепенно приходит к урологическому сообществу. В 2023 году рабочая группа Европейской ассоциации урологов по СХТБ опубликовала в журнале *European Urology Focus* статью, посвященную мышечно-спастическому домену синдрома хронической тазовой боли, в которой было отмечено, что, несмотря на высокую распространенность, миофасциальный компонент хронической тазовой боли остается недооцененным, недостаточно диагностируется и лечится [3]. Авторы подчеркнули, что миофасциальную боль следует оценивать

у всех пациентов с простатическим болевым синдромом, что работа с миофасциальной болью – необходимый компонент успешного лечения СХТБ. В то же время проблема изучена недостаточно, и необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Глава 2

Анатомия таза

Как устроен таз

Для того чтобы было понятнее, почему мышцы, связки и фасции таза играют такую огромную роль в функционировании расположенных в малом тазу органов и в возникновении СХТБ, давайте рассмотрим, как устроен таз.

Костный таз представлен большими симметричными тазовыми костями, которые спереди соединяются друг с другом посредством лонного сочленения, а сзади примыкают с обеих сторон к крестцу, создавая крестцово-подвздошные суставы (рис. 4).

В свою очередь, каждая тазовая кость сформировалась путем сращения подвздошной, лонной и седалищной костей. Верхняя костная граница малого таза проходит по терминальной линии подвздошной кости, через мыс крестца сзади и лобковый симфиз спереди. Снизу костная граница представлена ветвями лобковых и седалищных костей, которые посредством крестцово-остистой и крестцово-бугорной связок соединяются с крестцом и копчиком. Отверстие, сформированное этими структурами, называется нижней апертурой, или выходом из малого таза.

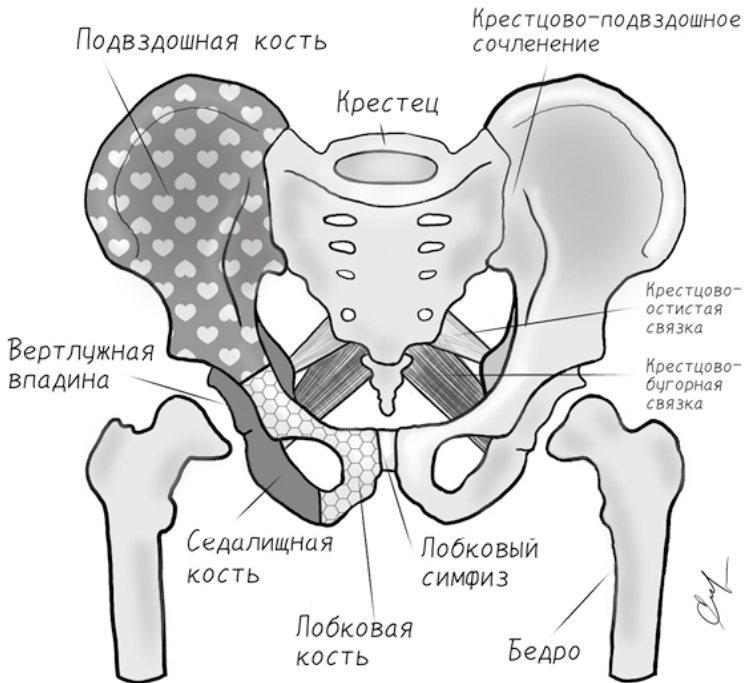


Рис. 4. Костный таз

Нижняя апертура закрыта мышцами, формирующими дно малого таза. Эта зона соответствует области промежности, и, хотя снаружи может показаться, что она совсем небольшая, на самом деле мышцы тазового дна выстилают также костный таз изнутри и представляют собой довольно

массивную и многослойную структуру.

Анатомически промежность напоминает ромб, углами которого являются лобковый симфиз спереди, копчик сзади и седалищные бугры по бокам (рис. 5).

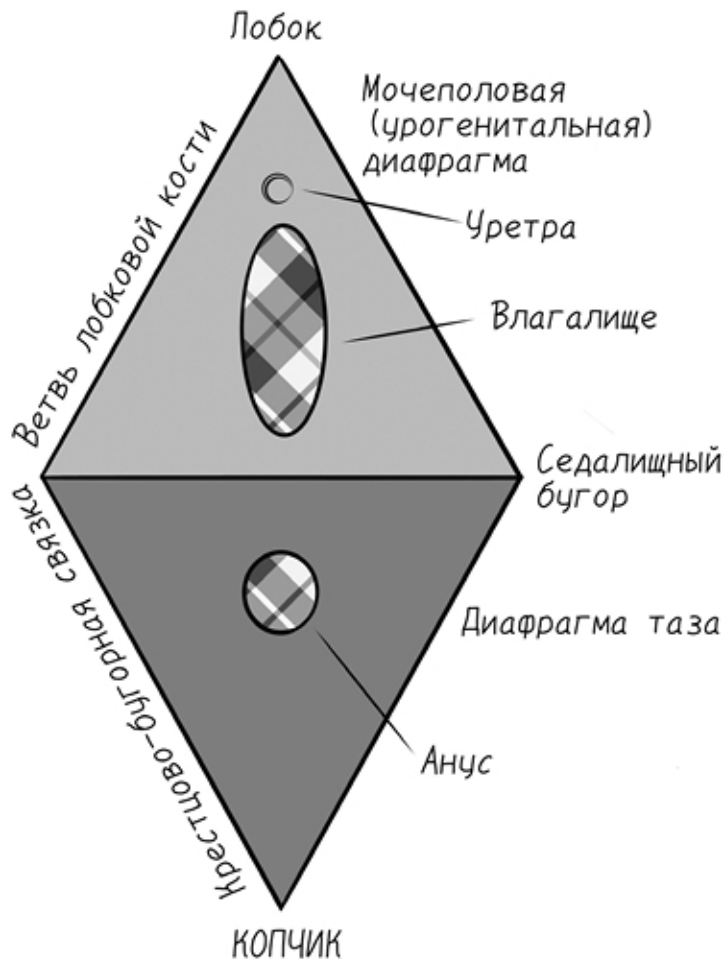


Рис. 5. «Ромб» промежности

Если провести условную линию между седалищными буграми, ромб окажется разделенным на два треугольника.

Передний треугольник, обращенный вершиной к лобку, называют мочеполовой, или урогенитальной, диафрагмой, так как здесь проходит мочеиспускательный канал, у женщин в этой зоне расположено влагалище, а у мужчин – половой член.

Задний треугольник, вершиной которого является копчик, называют тазовой диафрагмой.

На границе между тазовой и мочеполовой диафрагмами сразу кпереди от ануса находится сухожильный центр промежности, представляющий собой центральный фасциальный узел, к которому концентрически сходятся волокна разных мышц.

При наличии спазма мышц тазового дна сухожильный центр часто оказывается одной из наиболее болезненных и напряженных точек.

Для упрощения в данной книге мы не будем разделять промежность на треугольники. Далее термины «диафрагма таза», «мышцы промежности» и «тазовое дно» используются как синонимы, обозначающие все мышцы, закрывающие выход из малого таза.

Мышцы эти расположены в три слоя (рис. 6).

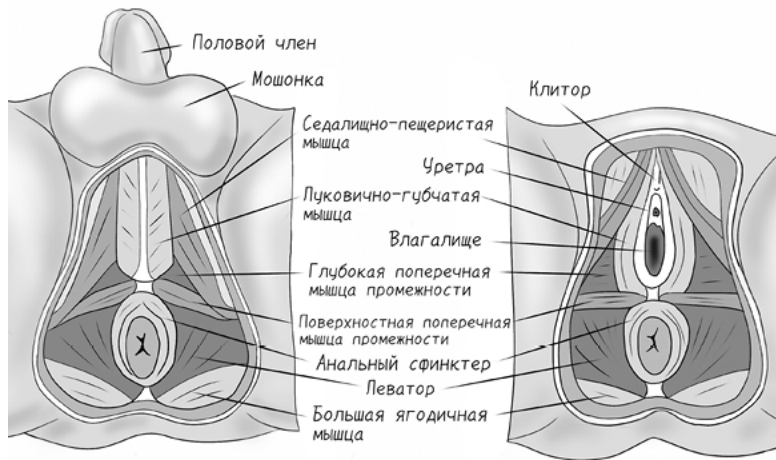


Рис. 6. Мышцы промежности

Поверхностный слой представлен тонкой поверхностной поперечной мышцей промежности, седалищно-пещеристой и луковично-губчатой мышцами, а также анальным сфинктером. Второй слой образует глубокая поперечная мышца промежности, начинающаяся от седалищных бугров и вплетающаяся в сухожильный центр промежности. В том месте, где через урогенитальную диафрагму проходит мочеиспускательный канал, глубокая поперечная мышца промежности формирует наружный сфинктер уретры. Первый и второй слой мышц расположены только в передней части ромба, то есть в мочеполовой диафрагме, что делает эту область лучше укрепленной по сравнению с задней частью промежно-

сти. Однако в случае возникновения спазма в этой зоне клиническая симптоматика оказывается очень разнообразной с учетом функции образующих ее мышц.

Седалищно-пещеристая мышца начинается от седалищной и лобковой кости, охватывает ножку полового члена или клитора и заканчивается апоневротическим расширением, вплетающимся в белочную оболочку пещеристого тела полового члена у мужчин и клитора у женщин. Мышца участвует в процессе эрекции путем повышения давления в кавернозных телах полового члена и уменьшения венозного оттока. Стабилизирует эрегированный половой член.

Луковично-губчатая мышца начинается на нижней поверхности полового члена или клитора, окружает его и вплетается в его оболочку. Участвует в эрекции, сдавливая основание и дорсальную вену полового члена, а также бульбоуретральные железы. Отвечает за набухание головки полового члена при эрекции. У женщин она сжимает отверстие влагалища. Ритмичное сокращение этой мышцы обеспечивает эякуляцию и формирование оргазмических ощущений. Кроме того, луковично-губчатая мышца выталкивает мочу из уретры в конце мочеиспускания.

Третий слой, помимо маленькой копчиковой мышцы, полностью формируется леватором ануса – мышцей, поднимающей задний проход. Леватор заполняет весь ромб. По форме он похож на гамак, подвешенный в передне-заднем направлении, от лобка к крестцу и копчику (рис. 7).

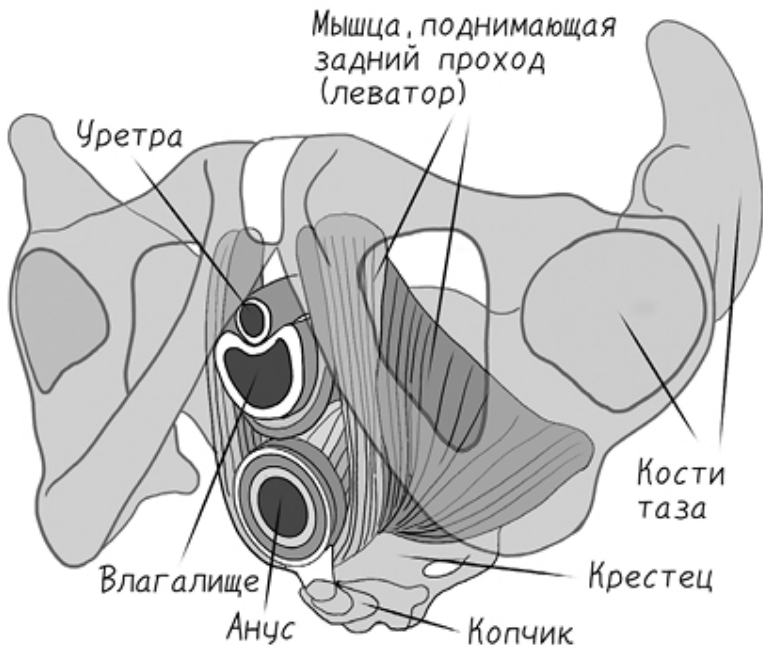


Рис. 7. Леватор ануса

Боковые края гамака не свободны, а так же прикрепляются к костным и сухожильным структурам таза. Часть мышечных пучков охватывает прямую кишку, сливаясь с мышцами, идущими с противоположной стороны. Иногда эту зону леватора называют отдельной лобково-прямокишечной мышцей, те волокна, которые идут от лобка к копчику, –

лобково-копчиковой мышцей, а пучки, направляющиеся к копчику от подвздошной кости, – подвздошно-копчиковой мышцей. Если где-то вам встретятся эти названия, не удивляйтесь, это все одна и та же мышца – леватор ануса.

Леватор не только формирует нижнюю стенку малого таза, но и участвует в процессе дефекации. Мышечные волокна в задней его части направляются от стенок таза к прямой кишке, как бы формируя воронку, и вплетаются в ее продольную мускулатуру. Леватор поднимает задний проход вперед и вверх. И еще один очень важный момент. В передней части промежности пучки леватора располагаются у мужчин по бокам от мочевого пузыря и предстательной железы, а у женщин – вдоль мочевого пузыря и влагалища и отдают им часть волокон, которые вплетаются в эти органы. Такое тесное анатомическое соседство является основой многих симптомов со стороны мочевого пузыря, которые возникают на фоне спазма мышц тазового дна (рис. 8).

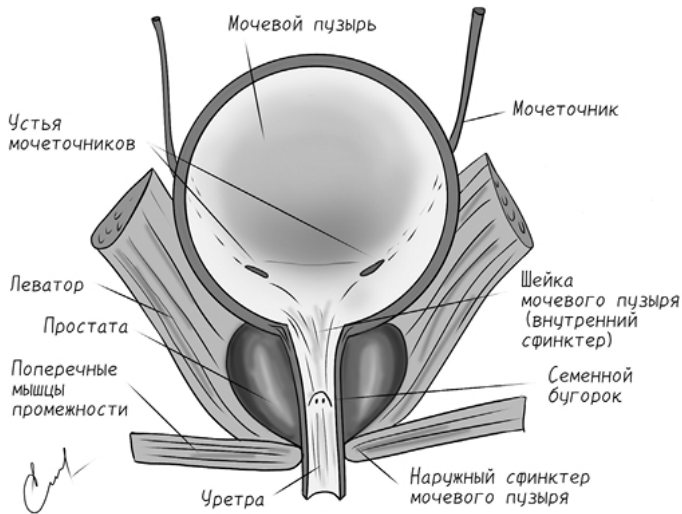


Рис. 8. Мочевой пузырь, простата, леватор ануса

Как и все наше тело, мышцы тазового дна пронизаны волокнами соединительной ткани.

Та же соединительная ткань в виде пленок разной толщины покрывает как отдельные мышечные пучки, так и мышцы в целом. Такие структуры называются фасциями. Все, кто хоть раз разделявал сырое мясо, хорошо представляют себе, как выглядят эти белые пленки, от полупрозрачных до очень плотных. Мышцу, поднимающую задний проход, снаружи покрывает нижняя фасция диафрагмы таза, являющаяся частью поверхностной фасции тела, а внутри ее выстилает верхняя фасция диафрагмы таза, которая представляет-

ся продолжением внутритазовой фасции, покрывающей изнутри стенки живота и полости таза. Таким образом, тазовое дно оказывается вовлеченным в общую мышечно-фасциальную сеть, связывающую все части нашего тела друг с другом.

Органы, расположенные в малом тазу: мочевого пузырь, прямая кишка, шейка матки и влагалище у женщин и простата у мужчин – частично также покрыты внутритазовой фасцией, переходящей с одного органа на другой, а затем на мышцы и стенки таза. Но не только внутритазовая фасция соединяет органы между собой и формирует поддерживающие их связки. Брюшина – тонкая серозная оболочка, выстилаящая полость живота изнутри, – спускается со стенок таза на мочевой пузырь, охватывает матку и прямую кишку, образуя широкую связку матки, пузырно-маточное и маточно-прямокишечное углубление у женщин и пузырно-прямокишечное углубление у мужчин (рис. 9).

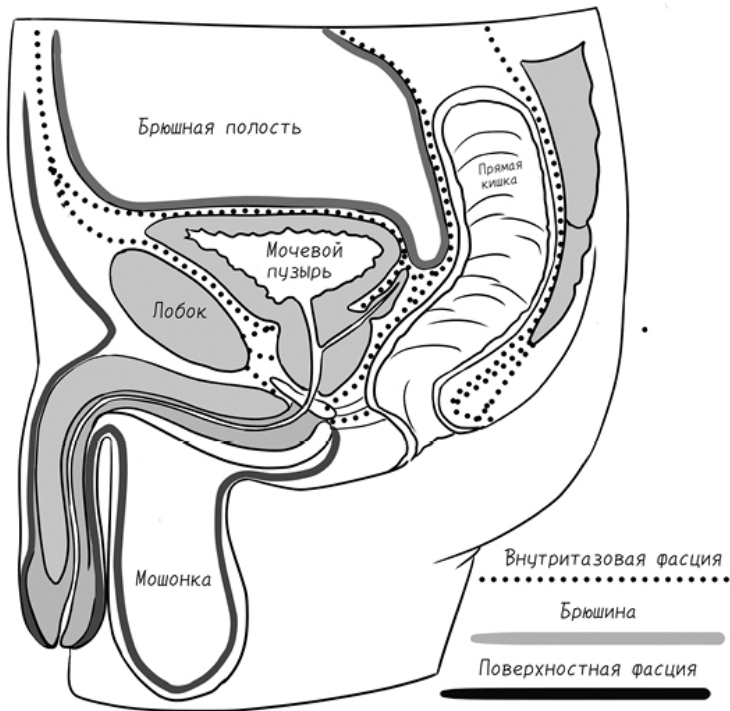


Рис. 9. Внутритазовая фасция и брюшина

Брюшина и фасции обеспечивают структурное единство органов малого таза.

Когда мы говорим о заболеваниях отдельных органов с позиции узкопрофильного подхода, теряется ощущение связанности всех этих структур. Но стоит только посмотреть на таз как на цельную систему, объединенную соединительно-

тканными элементами и брюшиной, как взаимосвязь симптомов, которые испытывают пациенты с СХТБ, становится очевидной.

Функции мышц тазового дна

Важной функциональной особенностью мышц тазового дна является то, что они находятся в постоянном тоническом напряжении, так как служат для удержания мочи и кала. Именно поэтому они на 70 % состоят из «медленных» мышечных волокон (тип 1) и только на 30 % – из «быстрых» (тип 2). Это единственные скелетные мышцы, демонстрирующие миоэлектрическую активность даже в состоянии покоя! Наружный сфинктер уретры, анальный сфинктер и леватор имеют постоянную тоническую активность.

Формируя дно полости живота, они обеспечивают поддержку внутренним органам, находящимся в брюшной полости и полости малого таза. Важно отметить, что «дном» полости таза мышцы, располагающиеся в промежности, в процессе эволюционного развития стали только у человека в связи с переходом тела в вертикальное положение. У братьев наших меньших эти мышцы были скорее в вертикальной плоскости, образуя заднюю стенку таза, и им не приходилось испытывать высокую нагрузку, создаваемую находящимися в полости живота органами. Прямохождение не добавило здоровья и нашему позвоночнику. Вертикальная нагрузка и

тяжесть головы обрекли человека на проблемы с осанкой, сколиоз, остеохондроз и прочие трудности. Поскольку мышцы таза являются частью кора, или пояснично-тазовой системы стабилизации, их спазм часто становится результатом компенсации других скелетно-мышечных проблем.

Эволюция сыграла с человеком еще одну злую шутку, лишив его хвоста.

Не смейтесь. Если бы мы имели возможность двигать хвостом, мышцы тазового дна находились бы в движении, и риск возникновения их гипертонуса, вероятно, был бы меньше. Хвост у животных выполняет очень важную функцию социального взаимодействия. В учебниках по ветеринарии и руководствах для кинологов можно встретить картинки, описывающие, какие эмоции у собак означают те или иные движения хвоста (рис. 10).

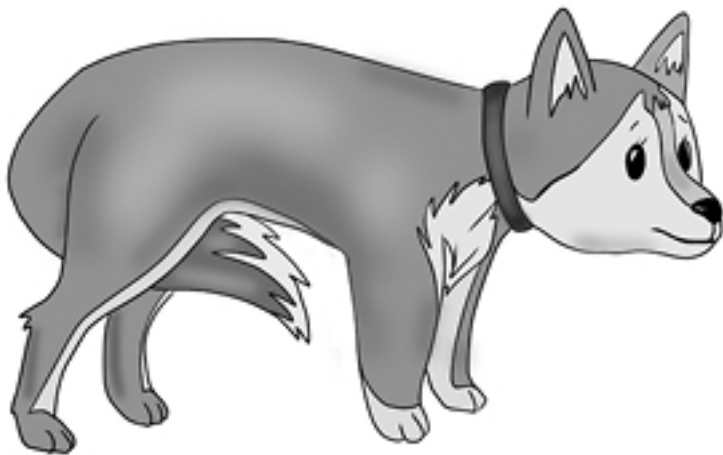


Рис. 10. Хвост и эмоции

Человек утратил хвост, однако мышцы промежности сохранили теснейшую взаимосвязь с эмоциональным состоянием. Это во многом объясняет, почему спазм мышц и тазовая боль так часто оказываются связаны с психоэмоциональным стрессом. Бойтесь и поджимаете хвост? Это прямой путь к спазму мышц тазового дна. Те образные выражения, которые мы используем в речи, описывая чувство страха и напряжения, – «очковать», «сжать очко», – оказываются не такими уж образными, так как мышца, поднимающая задний проход, действительно сжимается в ответ на негативные эмоции.

Взаимосвязь мышц промежности с эмоциями экспе-

риментально доказана в ряде клинических исследований. Участникам эксперимента прикрепляли на промежность датчики, регистрирующие мышечное сокращение, и показывали фильмы. Оказалось, что во время страшных, пугающих сцен на экране мышцы промежности начинали сжиматься, а позитивные кадры не сопровождались усилением мышечной активности [4].

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.