

ЕНДОМЕТРІОЗ?!
ТАЗОВИЙ БІЛЬ?!
РЯСНІ МЕНСТРУАЛЬНІ
КРОВОТЕЧІ?!

ЖИТТЯ
НАПОВНИЛОСЯ
ПРИЄМНИМИ
БАРВАМИ



Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу CABIC (SAWIS)

Склад: діюча речовина: дієногест; 1 таблетка містить дієногесту 2 мг; допоміжні речовини: магнію стеарат, тальк, крошпівідон (тип А), повідон К-25, целюлоза мікрокристалічна, крохмаль кукурудзяний прежелатинізований, лактози моногідрат.

Лікарська форма. Таблетки.

Основні фізико-хімічні властивості: білого або майже білого кольору, круглі, плоскі таблетки, з фаскою і гравіюванням «G/93» з одного боку, «RG» — з іншого. Діаметр 7 мм.

Фармакотерапевтична група. Гормони статевих залоз та препарати, які застосовують при патології статевих органів.

Прогестогени. Код АТХ G03D B08.

Клінічні характеристики

Показання. Лікування ендометріозу.

Протипоказання. Препарат Савіс не слід застосовувати у разі наявності будь-якого із нижчезазначених станів або захворювань. Ця інформація частково отримана на підставі застосування інших препаратів, що містять тільки прогестоген. Якщо будь-який із цих станів або захворювань виникає вперше під час застосування препарату Савіс, прийом препарату слід негайно припинити: венозна тромбоемболія в активній формі; артеріальні або кардіоваскулярні захворювання нині або в анамнезі (наприклад інфаркт міокарда, цереброваскулярна подія, ішемічна хвороба серця); цукровий діабет з ураженням судин; тяжкі захворювання печінки нині або їх наявність в анамнезі, поки показники функції печінки не повернуться до норми; пухлини печінки нині або в анамнезі (доброякісні або злоякісні); відомі або підозрювані злоякісні пухлини, залежні від статевих гормонів; вагінальна кровотеча нез'ясованої етіології; підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату (див. розділ «Склад»).

Особливості застосування

Застосування у період вагітності або годування груддю. **Вагітність.** Савіс не рекомендується застосовувати вагітним жінкам, тому що немає потреби лікувати ендометріоз у період вагітності.

Період годування груддю. Лікування препаратом Савіс у період годування груддю не рекомендується.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Не спостерігали впливу на здатність керувати автотранспортом та управляти механізмами у пацієнток, які приймали препарати, що містять дієногест.

Спосіб застосування та дози

Спосіб застосування. Для перорального застосування.

Дозування. Приймати по 1 таблетці щодня без перерви у застосуванні препарату приблизно в один і той же час, при необхідності запиваючи невеликою кількістю рідини. Таблетки можна приймати незалежно від вживання їжі. Таблетки слід приймати регулярно, незалежно від менструального циклу. Як тільки таблетки з однієї упаковки закінчаться, необхідно починати приймати таблетки з наступної упаковки, не роблячи перерви у застосуванні лікарського засобу. Досвід лікування препаратом Савіс пацієнток з ендометріозом довше 15 місяців відсутній. Прийом препарату можна розпочати у будь-який день менструального циклу. Застосування будь-яких гормональних контрацептивів слід припинити перед початком терапії препаратом Савіс. Якщо необхідна контрацепція, слід додатково застосовувати негормональний метод запобігання вагітності (наприклад, бар'єрний метод).

Пропуск прийому таблеток. У випадку пропуску прийому таблеток, блювання та/або діареї (які мали місце протягом 3–4 годин після прийому таблеток), ефективність препарату Савіс може зменшитися. У разі пропуску прийому однієї або кількох таблеток, слід прийняти одну таблетку, як тільки жінка згадає про це, а наступну приймати у звичайний час. Аналогічно, таблетку, що не всмокталася через блювання або діарею, слід замінити на іншу таблетку.

Застосування у особливих групах пацієнтів

Пацієнти літнього віку. Немає відповідних показань для застосування препарату Савіс пацієнткам цієї групи.

Печінкова недостатність. Препарат протипоказаний пацієнткам із тяжким захворюванням печінки нині або в анамнезі (див. розділ «Протипоказання»).

Ниркова недостатність. Немає жодних даних, що свідчать про потребу в корекції дози для пацієнток з нирковою недостатністю.

Побічні реакції

Побічні реакції описано згідно з MedDRA. Побічні реакції найчастіше розвиваються протягом перших місяців застосування препарату і зникають у процесі лікування. Можуть спостерігатися зміни характеру кровотеч, такі як кровомазання, нерегулярні кровотечі або аменорея. Повідомлялося про наступні побічні реакції під час лікування дієногестом, таблетками 2 мг. Побічні явища, про які найчастіше повідомляли під час застосування препарату, включали головний біль (9,0 %), дискомфорт у молочних залозах (5,4 %), пригнічений настрій (5,1 %) та акне (5,1 %). Крім того, застосування препарату впливає на характер менструальних кровотеч у більшості жінок.

Термін придатності. 3 роки.

Умови зберігання. Лікарський засіб не потребує спеціальних температурних умов зберігання. Зберігати в оригінальній упаковці для захисту від впливу світла. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Упаковка. По 14 таблеток у blister; по 2 blister в картонній коробці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. БАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина.

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. Н-1103, Будапешт, вул. Демреї, 19-21, Угорщина.

Реєстраційне посвідчення № UA/18485/01/01 від 16.12.2020.

Інструкція затверджена / Зміни внесені: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 2931 від 16.12.2020.

Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

Застосовується за призначенням лікаря. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з повною інструкцією.

ТОВ «Гедеон Ріхтер Україна»:

01054, м. Київ, вул. Олександра Кониського, 17-Б.

Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52.

E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.gedeonrichter.com



Cavic
дієногест 2 мг



GEDEON RICHTER



Біль за межами ендометріозу: мімікрія гінекологічного болю та роль міофасціального синдрому. Гормони, фасції, нейрони — погляд на патофізіологію та терапію

О.О. Білодід¹, О.О. Гордійчук²

¹Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Анотація. Хронічний тазовий біль являє собою складну міждисциплінарну проблему, що часто асоціюється з ендометріозом. Однак не всі випадки тазового болю пов'язані виключно з ендометріозними ураженнями. У багатьох пацієнток ключову роль у патогенезі больового синдрому відіграє міофасціальний синдром тазового дна — стан, що характеризується м'язовим гіпертонусом, наявністю тригерних точок та фасціальними дисфункціями. Через мімікрію гінекологічного болю міофасціальний синдром тазового дна часто залишається не діагностованим, що призводить до неефективного лікування гормональними препаратами або повторних хірургічних втручань. У статті розглянуто патофізіологічні механізми взаємозв'язку між ендометріозом і міофасціальним синдромом, включаючи вплив гормонального дисбалансу, запальних медіаторів та нейросенситизації. Обговорюється диференційна діагностика, що включає пальпацію тригерних точок, функціональні тести (Файрбенкса, Пейсса, Томаса) та інструментальні методи, такі як електроміографія та біофідбек. Основна увага приділяється індивідуалізованому терапевтичному підходу, що передбачає поєднання гормональної терапії, міорелаксантів, нестероїдних протизапальних препаратів, нейропатичних анальгетиків та немедикаментозних методів (міофасціальний реліз, фізіотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, нейроім'язова реабілітація). Запропоновано мультидисциплінарний підхід як ключ до ефективного контролю болю у пацієнток із поєднанням ендометріозу та міофасціального синдрому.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, ендометріоз, міофасціальний синдром, гінекологічний біль, тригерні точки, міорелаксанти, нейропатичний біль, гормональна терапія, фізіотерапія, мультидисциплінарний підхід.

Причини хронічного тазового болю (ХТБ) численні, проте в цій публікації буде розглянуто тільки два стани, які найчастіше відзначаються в акушерсько-гінекологічній практиці — аденоміоз та міофасціальний синдром (МФС). Ці нозології можуть існувати окремо, що потребує ретельної диференційної діагностики, або поєднуватися, що ускладнює лікувальну тактику. Варто зазначити, що ступінь тяжкості ендометріозу не завжди корелює з вираженістю тазового болю.

ХТБ — нециклічний больовий синдром у ділянці таза, що триває щонайменше протягом 6 міс, характеризується різним ступенем інтенсивності та супроводжується функціональними розладами й психосоматичними змінами. Він не пов'язаний із менструацією чи вагітністю [1].

МФС — форма хронічного болю, що виникає у м'язах, фасціях або м'яких тканинах, при якій визначаються відповідні тригерні точки. Біль часто супроводжується емоційними або функціональними порушеннями [2]. Міофасціальні тригерні точки (МФТТ) є ключовим джерелом і ознакою МФС.

МФС — одна з найпоширеніших причин ХТБ, яку відмічають у 30% випадків [3].

Для позначення цього стану використовувались різні терміни, проте з 2005 р. Міжнародне товариство з питань континентності (International Continence Society — ICS) запропонувало уніфікований термін — «гіперактивне тазове дно». Це стан, при якому м'язи тазового дна не розслабляються та скорочуються в моменти, коли повинна відбуватися релаксація (наприклад під час сечовипускання),

при цьому завжди визначають МФТТ. Таким чином, основними критеріями діагностики МФС є:

- наявність МФТТ — болючих вузлів у м'язах тазового дна;
- напруження м'язових волокон (пальпуються як «вузлики», або «спазми»);
- порушення функції м'язів — зниження сили або обмеження руху;
- іррадіація болю — може поширюватися на попереки, живіт, стегна;
- активні тригерні точки — викликають спонтанний біль, латентні тригерні точки — болючі лише при пальпації.

Найчастіше МФТТ локалізуються в тазовій ділянці, *m. levator ani* (спричиняє ХТБ), *m. piriformis* (біль може віддавати у стегно та сідницю), *m. obturator internus* (важливий у контролі переднього тазового болю), *m. pubococcygeus* (джерело болю в куприку).

Для гінеколога важливо розуміти природу ХТБ, щоб уникнути необґрунтованого оперативного втручання та неефективного призначення гормональної терапії.

Зокрема, МФС нерідко залишається поза увагою гінекологів, хоча його ідентифікація та правильне лікування можуть значно покращити стан пацієнтки. Часто пацієнтки з ендометріозом після оперативного лікування продовжують страждати від хронічного болю, що потребує пошуку альтернативних причин, зокрема діагностичний пошук спрямо-

ваний на виключення або підтвердження міофасціального компонента болю. Спричинити фасціальну дисфункцію можуть пологи, хірургічні втручання, вікові зміни, тривала статична робота (робота за комп'ютером, водіння), хронічний стрес, порушення постави, неврологічна дисфункція.

Занурення в анатомію та пошук зв'язку між ендометріозом та міофасціальним боєм

Тазова ділянка — складна структура, що включає м'язи, фасції, нерви та судини, які забезпечують підтримку органів (матки, сечового міхура, прямої кишки) та контроль їхньої функції. Фасціальні структури тазового дна включають перинеальну мембрану (підтримує органи малого таза), зв'язки (*pubourethral, rectovaginal*), перинеальне тіло — ключовий центр взаємодії м'язів і фасцій. Відповідно до концепції Томаса Майєрса про міофасціальні меридіани (*myofascial meridians*), фасції тазового дна інтегровані в загальну мережу міофасціальних структур організму, що може спричинити поширення напруги та болю в інші ділянки тіла. Фасціальні структури тазового дна тісно взаємопов'язані з м'язами, органами та нервовими сплетеннями [4]. За концепцією анатомічних потягів (*Anatomy Trains*) Т. Майєрса, фасціальні лінії передають напруження через все тіло, що пояснює вплив порушень у тазовому дні на інші частини організму. Наприклад, латеральна лінія з'єднує тазове дно з діафрагмою, спіральна лінія пояснює зв'язок між фасціями таза та попереком, суперфіціальна задня лінія передає напругу від стоп до шиї. З практичної точки зору, це може означати, що пацієнтка з порушенням постави або хронічним напруженням м'язів шиї може мати рефлексорний гіпертонус м'язів тазового дна; хронічний біль у тазовій ділянці може бути наслідком попередніх травм або м'язового дисбалансу в інших частинах тіла [5]. Фасції можуть бути джерелом болю через порушення еластичності, фіброзні зміни або спазм, що впливає на функціональність тазових м'язів [6]. Фасціальні зв'язки, анатомічні потяги пояснюють різноманітність симптомів та станів: у близько 47% жінок відмічають порушення з боку тазового дна, які супроводжуються хронічним боєм, нетриманням сечі або пролапсом органів [7].

Фасціальна система тазового дна — не просто «опора» для органів, а інтегрована мережа, яка впливає на біль, функцію тазової ділянки та інших анатомічних віддалених структур. Через складну анатомію тазових м'язів симптоматика МФС різноманітна та часто маскується під гінекологічні, урологічні чи проктологічні розлади.

Одна з головних особливостей міофасціального болю (МФБ) — зв'язок локальних тригерних точок з віддаленими зонами болю, що пояснюється фасціальною мережею тазового дна [8].

МФС тазового дна — часта, але маловизнана причина ХТБ. М'язи тазового дна рідко уражуються ізольовано — майже завжди залучено декілька м'язових груп. Це пояснює появу множинних симптомів, які можуть не відповідати локалізації тригерної точки. Враховуючи концепцію анатомічних потягів Т. Майєрса, біль може іррадіювати у віддалені ділянки, що ускладнює діагностику.

Основні симптоми МФС тазового дна такі:

- гіпертонус внутрішнього обтураторного м'яза: часто імітує нейропатію статевого нерва, спричиняючи уретральний больовий синдром, біль у вульві, кліторі, статевих губах, промежині, відчуття «чужорідного тіла» в піхві або анальному отворі;

- синдром грушоподібного м'яза: грушоподібний м'яз у стані гіпертонусу може стискати сідничний нерв, викликаючи біль у сідниці з іррадіацією в ногу (імітація ішіасу), оніміння, поколювання в нижній кінцівці, посилення болю при сидінні, ходьбі сходами, нахилах вперед, полегшення в положенні лежачи;
- МФС клубово-поперекового м'яза: ХТБ+біль у попереку, іррадіація в пахову ділянку, низ живота, передню поверхню стегна, посилення болю при ходьбі або тривалому сидінні, позитивний тест Томаса. Останній використовують для виявлення гіпертонусу або контрактури клубово-поперекового м'яза (*m. iliopsoas*), який може бути причиною ХТБ, болю в попереку та паховій ділянці. Методика обстеження: положення пацієнтки лежачи на спині на твердій поверхні (оглядовий стіл або кушетка). Лікар просить зігнути одну ногу в коліні та підтягнути її до грудей, утримуючи її руками. Інша нога залишається вільно витягнутою на кушетці. Оцінюють положення витягнутої ноги: нога залишається притиснутою до кушетки. Лікар спостерігає, чи піднімається витягнута нога над поверхнею кушетки, визначається рівень дискомфорту або болю в попереку, стегні, паху. Позитивний тест Томаса (ознаки гіпертонусу клубово-поперекового м'яза): підняття витягнутої ноги над кушеткою свідчить про скорочення клубово-поперекового м'яза, біль у паху або передній поверхні стегна може імітувати запальні процеси органів малого таза. Поперековий прогин (гіперлордоз) — компенсаторна реакція через м'язовий дисбаланс. Якщо пацієнтка намагається опустити ногу, але виникає біль або відчуття напруги в паху / стегні — це також позитивний тест Томаса. Гіпертонус клубово-поперекового м'яза впливає на тазове дно, попереки та передню стінку живота, що може викликати: диспареунію (біль під час статевого акту), біль при тривалому сидінні, хронічний поперековий біль, іррадіацію болю в пах, передню поверхню стегна;
- тест Файрбенкса (для виявлення спазму *m. piriformis*, який може стискати сідничний нерв (*n. ischiadicus*) та викликати біль у сідниці з іррадіацією у стегно або нижню кінцівку), може маскуватися під гінекологічні, урологічні або ортопедичні порушення. Методика обстеження: положення пацієнтки лежачи на спині, лікар згинає її ногу в тазостегновому і колінному суглобах під кутом 90°. Потім лікар пасивно проводить внутрішню ротацію стегна (рухає стопу назовні, коліно — всередину). Позитивний тест Файрбенкса (ознаки синдрому грушоподібного м'яза): виникнення болю в сідничній ділянці, іррадіація болю по задній поверхні стегна або гомілки, обмеження рухливості в тазостегновому суглобі через м'язове напруження, біль у сідниці при внутрішній ротації стегна, іррадіація болю в задню поверхню стегна, як при ішіасі, обмежений діапазон внутрішньої ротації через спазм грушоподібного м'яза. Якщо симптоми відтворюються або посилюються — тест вважається позитивним і свідчить про синдром грушоподібного м'яза;
- тест Пейса (Pace's Test) (діагностика синдрому грушоподібного м'яза, виявлення гіпертонусу або *m. piriformis*, який може стискати *n. ischiadicus* і викликати біль у сідниці з іррадіацією по задній поверхні стегна. Пацієнтка сидить на кушетці із зігнутими в колінах ногами, стопи стоять на підлозі. Лікар кладе руки з боків на стегна пацієнтки. Пацієнтка намагається відвести стегна назовні проти опору лікаря. Виникнення болю в сідницях, іррадіація болю в задню поверхню стегна або ногу, по-

силення болю при спробі розведення ніг. Позитивний тест Пейса (ознаки синдрому грушоподібного м'яза): біль у сідничній ділянці при опорі на відведення стегон, іррадіація болю у стегно або нижню кінцівку (як при ішіасі), зниження сили відведення стегон через спазм грушоподібного м'яза. Якщо симптоми відтворюються або посилюються — тест вважається позитивним і свідчить про синдром грушоподібного м'яза, що вказує на перенапруження або дисфункцію грушоподібного м'яза, грушоподібний м'яз знаходиться у спазмі та може компресувати сідничний нерв, вираженість симптомів може збільшуватися після тривалого сидіння, бігу або фізичних навантажень, часто поєднується з МФС тазового дна.

МФС часто поєднується з нейропатією статевого нерва або компресією сідничного нерва, що ускладнює диференційну діагностику.

Також можна окремо виділити ключові урологічні (уретральний больовий синдром, інтерстиціальний цистит, хронічна затримка або утруднене сечовипускання, варикоцеле, оваріоцеле, варикозне розширення вен малого таза), гінекологічні (ХТБ, диспареунія, вульводія, клітородія, вагінізм, оргазмічний біль, хворобливі менструації, ендометріоз) та проктологічні (кокцигодія, анальний біль, прокталгія, синдром подразненого кишечника, закреп, анальна тріщина, обструктивна дефекація) симптоми. Найчастіше симптоми поєднуються, тому пацієнтки можуть роками проходити лікування у гінекологів, урологів, проктологів, не отримуючи ефекту через недіагностований МФС.

Ендометріоз супроводжується асептичним хронічним запаленням, що призводить до гіпертонусу м'язів тазового дна, особливо таких як *m. levator ani* та *m. obturator internus*. Це зумовлює формування МФТТ, які є ключовим джерелом болю. Важливу роль у цьому процесі відіграє нейропатична сенситизація — підвищена чутливість периферичних нервів у відповідь на запальні медіатори. У пацієнок з ендометріозом часто відмічають МФТТ в м'язах тазового дна, що провокують локалізований або іррадіюючий біль у живіт, спину чи нижні кінцівки. Теоретично біль при ендометріозі циклічний, тоді як МФБ має постійний або тригерний характер, посилюється при пальпації чи фізичних навантаженнях та може іррадіювати в сусідні зони.

Діагностика

Якщо пацієнтка роками лікується від циститу, ендометріозу чи прокталгії, а ефекту немає — можливо, її справжня проблема полягає в МФС. Для гінеколога важливо розуміти природу ХТБ, щоб уникнути необґрунтованого оперативного втручання та неефективного призначення гормональної терапії. Зокрема, МФС нерідко залишається поза увагою гінекологів, хоча його ідентифікація та правильне лікування можуть значно покращити стан пацієнтки.

Гінеколог може запідозрити МФС, коли є такі ознаки:

- біль не піддається стандартному лікуванню гормонами або нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП);
- пацієнтка має болючі тригерні точки при пальпації;
- існує зв'язок болю з фізичним навантаженням або тривалою статичною позою;
- ХТБ супроводжується спазмом м'язів або фасціальним дискомфортом;

- якщо у пацієнтки є ХТБ без явних гінекологічних причин — можливо, проблема у МФС.

Ключовими критеріями діагностики МФБ є:

- наявність тригерних точок, що визначають при вагінальному чи зовнішньому обстеженні;
- неефективність гормональної терапії;
- посилення болю після тривалих фізичних навантажень;
- взаємозв'язок із особливостями професійної діяльності та статичним положенням тіла (наприклад нахил ший під час роботи за комп'ютером).

Під час збору анамнезу слід з'ясувати, чи мають місце тривале сидіння, фізичні навантаження, стрес, чи є зв'язок болю з менструацією, сечовипусканням, статевим життям, чи посилюється біль після активності або тривалого нерухомого положення.

МФТТ можуть бути головною причиною ХТБ, який не реагує на гормональну терапію. Огляд м'язів тазового дна та пальпація тригерних точок є ключовими методами діагностики (рисунки). Вагінальна або ректальна пальпація виявляють болючі тригерні точки, напружені «м'язові смуги» — спазмовані вузли в м'язах, іррадіацію болю при натисканні на певні ділянки.

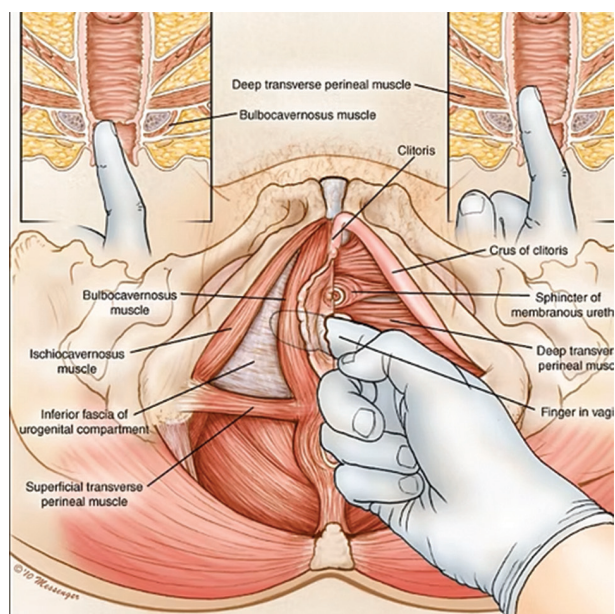
Тестування окремих м'язів тазового дна:

- *m. levator ani* — пальпація через піхву або пряму кишку (біль і напружені вузлики);
- *m. piriformis* — тест Файрбенкса, тест Пейса, прямий тест натягу (імітація ішіасу);
- *m. obturator internus* — вагінальна пальпація бокових стінок піхви (іррадіація у стегно, пах);
- *m. iliopsoas* — тест Томаса.

Інструментальні методи (за необхідності):

- біологічний зворотний зв'язок (biofeedback) — оцінка гіпертонусу;
- ультразвукове дослідження тазового дна — виключення органічної патології;
- електроміографія — виявлення тригерних точок;
- магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія — при підозрі на компресію нервів.

Рисунок Пошук МФТТ при вагінальному огляді



Лікування

Лікування ХТБ потребує індивідуального підходу, орієнтованого на причину болю та супутні фактори [1, 9, 10]. Враховуючи, що ендометріоз та МФС пов'язані між собою та мають складний патогенетичний механізм (хронічне запалення, нейропатична сенситизація, порушення м'язово-фасціальної взаємодії), лікування має бути персоналізованим та комплексним, щоб розірвати хибне коло болю. Ефективне ведення таких пацієнток потребує поєднання патогенетичної, симптоматичної та немедикаментозної терапії, спрямованої не лише на зменшення вираженості болю та запалення, а й на корекцію дисфункції фасцій та м'язів тазового дна, забезпечення здійснення репродуктивних планів та високої якості життя.

Антагоністи гонадотропін-рилізінг-гормону (ГнРГ) (препарат Ріско, 1 таблетка якого містить релуголіксу 40 мг, естрадіолу у вигляді естрадіолу гемігідрату 1 мг та норетистерону ацетату 0,5 мг) залишаються основним патогенетичним методом лікування ендометріозу, який дозволяє гальмувати ріст ектопічного ендометрія, пригнічувати запальні медіатори та зменшувати вираженість больового синдрому.

Серед прогестинів діногест є рекомендованим препаратом 1-ї лінії завдяки антипроліферативному та протизапальному ефекту. Тривале застосування діногесту (препарат Савіс) в безперервному режимі забезпечує стабільний контроль симптомів, знижує ризик рецидиву та покращує якість життя пацієнток [11].

Сучасні безпечні персоналізовані довготривалі концепції лікування змінюють підхід до пацієнта, роблячи його активним учасником терапевтичного процесу. Як зазначено в міжнародних настановах, «повноцінне життя з болем вимагає від пацієнта активної участі в процесі одужання» [1].

Основний принцип лікування — мультидисциплінарний підхід із залученням гінеколога, невролога, фізіотерапевта, психолога, реабілітолога, дієтолога, уникнення надмірного хірургічного втручання (якщо немає чітких показань), врахування емоційного та психологічного здоров'я пацієнтки.

Лікування повинно бути адаптоване до причини болю. Фармакотерапія включає:

- НПЗП (ібупрофен, ацеклофенак) — за наявності запального компонента;
 - гормональну терапію (комбіновані оральні контрацептиви (КОК) Силует®, прогестини (Савіс), антагоністи ГнРГ (Ріско) — при ендометріозі;
 - міорелаксанти (Мідокалм) — при спазмі м'язів тазового дна;
 - антидепресанти (амітриптилін), антиконвульсанти (габапентин, прегабалін) — при нейропатичному болю.
- Немедикаментозне лікування:
- фізіотерапія (вправи Кегеля (не в гострий період));
 - електростимуляція — для зменшення вираженості спазму м'язів;
 - мануальна терапія, міофасціальний реліз — робота з тригерними точками;
 - корекція постави для зниження навантаження на фасції;
 - когнітивно-поведінкова терапія — допомагає змінити сприйняття болю;
 - дієтотерапія — дієта FODMAP при синдромі подразненого кишечника.
- Інтервенційні методи:

- лапароскопія — для діагностики та лікування ендометріозу, ін'єкції в тригерні точки (місцеві анестетики, ботулотоксин, стероїди), нейробокади (сідничного або крижового нервів) при рефрактерному болю, хірургічна декомпресія нервів, розсічення грушоподібного м'яза, корекція фасцій тазового дна (при пролапсі органів малого таза);
- альтернативні методи — голковколювання (для розслаблення м'язів і зниження активності тригерних точок);
- лазерна терапія — неінвазивне покращення стану фасцій і тканин;
- реабілітація — включає постуральну корекцію, йогу, навчання пацієнтки технік розслаблення м'язів тазового дна.

Отже, оптимальне ведення пацієнток із ХТБ потребує мультидисциплінарного підходу, що поєднує гормональну, міорелаксатну, протизапальну, нейропатичну та фізичну терапію. Комплексний підхід до лікування ендометріозу та супутнього МФС забезпечує ефективний контроль симптомів, запобігає хронізації болю та покращує якість життя пацієнток.

Однією з рекомендованих схем може бути гормональна терапія — основний патогенетичний метод лікування ендометріозу, який дозволяє гальмувати ріст ектопічного ендометрія, пригнічувати запальні медіатори та зменшувати вираженість больового синдрому:

- Савіс (діногест 2 мг) — у безперервному режимі для контролю ендометріозу. Діногест є препаратом вибору завдяки антипроліферативному та протизапальному ефекту. Тривале застосування препарату в безперервному режимі забезпечує стабільний контроль симптомів, знижує ризик рецидиву та покращує якість життя пацієнток [11];
- Силует® (КОК, який містить діногест та мінімальну дозу естрогену) — для пацієнток, які потребують терапії та контрацепції;
- Ріско (антагоніст ГнРГ) — у резистентних, складних випадках, при больовому синдромі, ендометріоїдних кістах, коли оперативне лікування не показано, або перед оперативним лікуванням, особливо в репродуктивному віці, коли жінка планує в майбутньому вагітність.

Однак ендометріоз супроводжується не лише гормональними змінами, а й патологічною активацією фасційно-м'язової системи, що призводить до формування тригерних точок та хронічного гіпертонусу м'язів тазового дна. Тому гормональної терапії недостатньо, і необхідне доповнення лікування засобами, що впливають на МФБ.

Мідокалм (міорелаксанти) — один із ключових препаратів для усунення гіпертонусу, зменшення вираженості спазму м'язів, що спричиняє пригнічення ноцицептивної передачі та покращує мікроциркуляцію, запобігаючи хронізації болю.

Аертал® (НПЗП ацеклофенак) — забезпечує оптимальний контроль болю завдяки протизапальній та анальгетичній дії при тривалому безпечному прийомі. Оскільки селективна дія на циклооксигеназу-2 зменшує вираженість запалення, тому Аертал® має покращений профіль безпеки щодо шлунково-кишкового тракту, що є важливим для пацієнток із тривалою потребою у НПЗП [12]. Поєднання Мідокалму з НПЗП, такими як Аертал®, забезпечує оптимальний контроль болю.

Габапентин, прегабалін призначають для контролю нейропатичного болю, антидепресанти — у комплексній терапії хронічного больового синдрому.

Усі групи препаратів можуть застосовуватися в комбінації, за винятком гормональної терапії, де вибір здійснюється між одним із прогестинів, КОК або антагоніст ГнРГ. При цьому можливий поетапний перехід від одного гормонального препарату, антагоністу ГнРГ, до іншого, залежно від клінічної ситуації, ефективності лікування, індивідуальної переносимості, а також репродуктивних планів та побажань пацієнтки.

Савіс (дієногест 2 мг) — препарат 1-ї лінії для лікування ендометріозу згідно з рекомендаціями Європейського товариства репродукції людини і ембріології (European Society of Human Reproduction and Embryology — ESHRE) 2022 р. [13]. Препарат підтримує рівень естрадіолу в терапевтичному вікні 30–50 пг/мл, що забезпечує оптимальний баланс між пригніченням росту ендометріозу та відсутністю дефіциту естрогенів, тому естрогендефіцитні побічні явища мінімізовані [14].

Важливо, що Савіс має доведену біоеквівалентність з референтним препаратом [11].

Препарат гальмує проліферацію ендометріюїдних вогнищ без підвищення тромботичних ризиків, зменшує вираженість запального процесу в ендометріюїдних гетеротопіях, пригнічує активність ароматази та 17 β -гідроксистероїддегідрогеназу 1-го типу (знижує рівень естрогену в ендометріюїдній тканині), пригнічує ангіогенез (зменшує васкуляризацію патологічних вогнищ), знижує концентрацію прозапальних цитокінів (зменшує вираженість болю та прогресування процесу).

Серед найважливіших аспектів терапії саме дієногестом 2 мг (Савіс), на відміну від інших прогестинів, — усунення резистентності до прогестерону, що може відзначатися у пацієнток із хронічним ендометріозом. Відмінною рисою дієногесту 2 мг є його здатність підвищувати чутливість ендометріюїдної тканини до прогестерону шляхом збільшення співвідношення ізоформ В/А рецептора прогестерону, що дозволяє ефективніше контролювати захворювання [15].

Схема застосування препарату Савіс (дієногест 2 мг): щоденно безперервно тривало протягом ≥ 2 років [16]. Є результати і більш тривалого безпечного застосування протягом ≥ 5 років, але з відповідним контролем та профілактичними діями щодо остеопенії та остеопорузу [17]. Дослідження, проведене протягом 60 міс, показало, що, хоча на 12-й місяць виявлено незначне зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) (–0,92%), на 60-му місяці рівень МЩКТ майже відновився до початкового (–0,55%). Це свідчить, що будь-які втрати кісткової маси при тривалому застосуванні дієногесту є звичайними незначними та зворотними. Хоча МЩКТ дещо знижується під час лікування, особливо на початкових етапах, загальний вплив здається керованим при належному моніторингу та вжитті профілактичних заходів. Дослідження наголошують на необхідності контролю МЩКТ та можливому введенні профілактичних стратегій, таких як прийом кальцію та вітаміну D [17, 18].

Отже, Савіс (дієногест 2 мг) виявляється безпечним для тривалого щоденного застосування (≥ 5 років) з точки зору ефективності, але для збереження безпеки рекомендується постійний моніторинг зниження МЩКТ, щоб запобігти побічним ефектам. Таким чином, при ендометріозі надається перевага дієногесту (Савіс) при таких станах:

- легка та середньотяжка форма ендометріозу (I–II стадія);
- ефективний, довготривалий контроль ендометріюїдних вогнищ без ознак медикаментозного дефіциту естрогенів;
- терапія 1-ї лінії, особливо у пацієнток з помірним ХТБ;

- у пацієнток, які планують вагітність у майбутньому (після припинення прийому дієногесту овуляторна функція відновлюється швидше, ніж після закінчення прийому агоністів ГнРГ;
- у жінок, які надають перевагу пероральній терапії, — зручний щоденний прийом без необхідності ін'єкцій.

У випадках резистентного перебігу ендометріозу може бути доцільним призначення антагоніста ГнРГ Ріско, який забезпечує більш виражену супресію ендометріюїдної тканини і також доступний для перорального керованого застосування (терапію можна припинити або змінити в будь-який час, на відміну від ін'єкційних препаратів). Вибір між дієногестом (Савіс) та антагоністом ГнРГ (Ріско) визначається клінічними особливостями пацієнтки, стадією ендометріозу, інтенсивністю больового синдрому, супутньою патологією, репродуктивними планами та ризиком побічних ефектів.

Антагоністи ГнРГ відіграватимуть дедалі важливішу роль у заміні агоністів ГнРГ в клінічній практиці. У антагоністів ГнРГ немає ефекту «спалаху» («flare-up effect»), який наявний на фоні застосування ін'єкційних агоністів ГнРГ: тимчасове загострення симптомів, зокрема болю при ендометріозі. Це відбувається тому, що антагоністи ГнРГ працюють за іншим механізмом: вони безпосередньо блокують дію гонадотропінів, без первинного підвищення їх рівня, як це відбувається з агоністами ГнРГ. Таким чином, при застосуванні антагоністів ГнРГ рівні лютеїнізуючого і фолікулоstimулюючого гормонів відразу знижуються, рівень естрогену також знижується без фази тимчасового підвищення («спалаху»). Це дозволяє уникнути при застосуванні Ріско ефекту потенційного загострення симптомів, особливо болю, на початку лікування.

Зазначимо, що при МФС на фоні застосування агоністів ГнРГ також може відмічатися ефект «спалаху», що пов'язано з тимчасовою гіперестрогенією (підвищення рівня естрогенів на початку терапії може призвести до більш вираженого запалення або посилення м'язових спазмів), особливо у пацієнток, чутливих до гормональних змін. Це може бути проблемою для пацієнток, у яких біль вже є хронічним і пов'язаний з МФТТ, оскільки підвищення рівня естрогену може зумовити підвищення тону м'язів і, відповідно, болючість.

Навпаки, антагоністи ГнРГ (Ріско) можуть бути більш підходящими для пацієнтів із МФС, в яких важливо уникнути підвищення рівня естрогену, який може зумовлювати біль або спазм. Зниження рівня естрогену, яке відбувається під час лікування антагоністами ГнРГ, може допомогти зменшити вираженість запалення та полегшити біль, особливо якщо він пов'язаний із гормональними коливаннями. Так, для пацієнтів із МФС, у яких є гормональна чутливість (наприклад при болю, що погіршується в різні фази менструального циклу або в період менопаузи), застосування антагоністів ГнРГ (Ріско) може бути ефективнішим, оскільки вони можуть стабільніше контролювати рівень естрогену й уникнути тимчасового загострення болю, характерного для агоністів ГнРГ. Відсутність ефекту «спалаху» робить антагоністи ГнРГ (Ріско) вибором для лікування пацієнток, у яких важливо уникнути загострення симптомів саме на початку терапії, які мають поєднання МФС та ендометріозу.

Оскільки рівень естрогену на фоні застосування антагоніста ГнРГ в поєднанні з естрадіолом гемігідратом 1 мг та норетиндроном ацетатом 0,5 мг знижується відразу, пацієнтки можуть отримати швидше полегшення симптомів, таких як біль, порівняно з агоністами ГнРГ, при застосуванні яких загострення болю може тривати декілька тижнів.

Підвищення рівня естрогенів на початку лікування агоністами ГнРГ також може викликати побічні ефекти, такі як емоційна лабільність, головний біль або навіть кровотеча, яких можна уникнути при застосуванні антагоністів ГнРГ (Рієко), що важливо саме на фоні больового синдрому (емоційна лабільність дуже висока у таких пацієнток).

Ще одне небажане явище на фоні застосування агоніста ГнРГ — затягне, протягом декількох місяців, відновлення фертильності, без можливості достроково припинити цей ефект. Прийом таблетованих антагоністів ГнРГ (Рієко) можна припинити в будь-який час, а їх короткий період напіврозпаду (порівняно з агоністами ГнРГ, але максимальний порівняно з антагоністами ГнРГ) забезпечує швидке усунення цих ефектів. Це важливо у разі виникнення побічної дії на фоні прийому агоністів ГнРГ: без антидота пацієнтка змушена жити з цими симптомами тривалий час. Якщо у пацієнток відмічають побічні ефекти на фоні застосування антагоністів ГнРГ, вони можуть припинити їх прийом, і препарат досить швидко виводиться з кровообігу.

Згідно з рекомендаціями Американського коледжу акушерів-гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists — ACOG), Національного інституту здоров'я дитини та розвитку людини (National Institute of Child Health and Human Development — NICHD), ESHRE та результатами досліджень [19–21], антагоністи ГнРГ, зокрема Рієко, можуть застосовуватися не лише при тяжкому або інфільтративному ендометріозі, а й при таких клінічних ситуаціях:

- помірний перебіг ендометріозу, коли немає достатньої відповіді на терапію прогестинами або КОК (біль зберігається, якість життя не покращується);
- неефективність лікування альгодисменореї, диспареунії прогестинами, КОК та іншими методами без встановлення діагнозу ендометріозу (наразі на етапі вивчення та спостереження);
- на фоні тривалого прийому прогестинів (дієногест), агоністів ГнРГ біль минає, але з'являється депресія. Деякі жінки можуть навіть не розповісти про це лікарю, тому їх слід запитувати детальніше щодо можливих суттєвих побічних ефектів прогестинів та агоністів ГнРГ;
- поєднання ендометріозу з іншими хронічними больовими синдромами, міомою матки;
- наявність ендометріюїдних кіст із ризиком прогресування, особливо у жінок, які мають репродуктивні плани або планують програми екстракорпорального запліднення;
- терапія у пацієнток, що планують вагітність після оперативного лікування;
- у пацієнток, які планують вагітність, але потребують медикаментозного ефективного лікування при ендометріозі з наступним швидким відновленням фертильності. Менструальний цикл у середньому відновлюється через 31 день–2 міс після припинення лікування [22];
- для профілактики рецидивів після лапароскопічного видалення вогнищ III–IV стадії (наразі проводять дослідження щодо I–II стадії, є позитивні результати);
- виражений ХТБ та нейропатичний компонент;
- менструальні кровотечі на фоні лікування прогестинами.

Це суттєво розширює можливості застосування антагоністів ГнРГ у клінічній практиці. Механізм дії антагоністів ГнРГ набагато елегантніший. Вони блокують

рецептори, забезпечуючи можливість підтримувати так зване терапевтичне вікно (естрадіол 40–50 пг/мл) при лікуванні ендометріозу: підтримується нормальна базальна секреція естрогенів, що важливо для щільності кісток. Це дозволяє зменшити вираженість болю без побічних ефектів, таких як припливи, і без необхідності в додатковому призначенні стероїдів. Також відмічають стабільність кісткової маси та підтвердження атрофії ендометріюїдних уражень.

Крім того, важливо розуміти, що антагоністи ГнРГ чинять вплив на головний мозок, що важливо при хронічному больовому синдромі. Вони взаємодіють з гіпокампом, мигдалиною та сірою речовиною, що може поліпшити настрій, пам'ять і сексуальний потяг, що особливо важливо у пацієнток з ендометріозом [23].

Тривале лікування комбінацією релуголікс 40 мг / естрадіол 1 мг / норетиндрону ацетат 0,5 мг у жінок з ендометріозом вивчали в різних клінічних дослідженнях. В одному з найбільш значущих досліджень цю комбінацію застосовували протягом >2 років. Це довготривале дослідження показало, що терапія залишається ефективною в лікуванні дисменореї та меномеї тазового болю. Результати свідчать про стійку ефективність, причому зменшення балів за шкалою болю зберігалось протягом усього періоду дослідження. Довготривале застосування не виявило додаткових проблем, пов'язаних з безпекою [24].

При застосуванні антагоністів ГнРГ (Рієко) важливо попередити пацієнток про очікуваний результат, аби уникнути розчарування: для настання тривалого ефекту потрібен деякий час. Зазвичай минає декілька тижнів, перше ніж вираженість симптомів почне зменшуватися. Перед проведенням корекції слід почекати щонайменше 4–6–12 тиж, а потім ухвалювати рішення. Але в цей період можна призначати інші препарати «неврологічної групи», які можуть швидше покращити стан.

Толперизон (препарат Мідокалм) застосовується для симптоматичного лікування спастичності при МФС і має переважно центральний механізм дії, але порівняно з іншими міорелаксантами толперизон асоційований з менш вираженим погіршенням моторики та відсутністю седації. Важливою ознакою Мідокалму є здатність пригнічувати ноцицептивну передачу больових імпульсів у центральній нервовій системі, знижувати центральну сенситизацію, збудження центральних ноцицептивних нейронів, надходження больових імпульсів до центральної нервової системи, покращувати периферичний кровообіг, що перешкоджає хронізації болю. Мідокалм — центральний антагоніст нікотинних рецепторів, інгібітор мультинейронних синапсів, натрієвих і кальцієвих каналів. Він забезпечує блокаду потенціалзалежних Na^{+} -каналів у комбінації з пригніченням Ca^{2+} -каналів — знижує активність спінальних нейронів, що беруть участь у формуванні спастичності, шляхом обмеження потоку натрію через мембрану нервових клітин. Мідокалм може застосовуватися не лише для купірування спазму, а й для лікування нейропатичного болю, тому діє і на ноцицептивну передачу з додатковою перевагою центральної міорелаксативної дії без загального ефекту седації зі збереженням працездатності.

Мідокалм застосовують як при м'язових спазмах центрального (розсіяний склероз, боковий аміотрофічний склероз, інсульт), так і периферичного (люмбоішіал-

гія, спондилоартрит, МФБ) генезу. Додавання Мідокалму до НПЗП ацеклофенаку (препарат Аертал®) у середньому на 10 днів скорочує термін лікування болю. Мідокалм демонструє високий рівень безпеки, а також відсутність клінічно значущого збільшення кількості побічних ефектів за комбінації з НПЗП.

Таким чином, основні ефекти Мідокалму включають зниження спастичності та гіпертонусу м'язів, блокаду центральної сенситизації та пригнічення ноцицептивної передачі, поліпшення мікроциркуляції, що зменшує ішемію м'язів, відсутність седативного ефекту (не впливає на когнітивну функцію та швидкість реакції). Мідокалм діє як антагоніст нікотинових рецепторів, інгібітор мультинейронних синапсів та блокує потенціалзалежних натрієвих і кальцієвих каналів. Це знижує активність спінальних нейронів, що формують спастичність, та обмежує потік натрію через мембрану нервових клітин.

Схема застосування Мідокалму: внутрішньом'язово по 100 мг 2 рази на добу — 7 днів, далі перорально 450 мг на добу (150 мг 3 рази на добу) протягом 14 днів.

Аертал® (ацеклофенак) — селективний інгібітор ЦОГ-2, що ефективно блокує синтез простагландинів, медіаторів запалення та болю. Основні ефекти ацеклофенаку — протизапальний та анальгезивний. Препарат більш безпечний щодо шлунково-кишкового тракту, ніж диклофенак, покращує переносимість НПЗП при тривалому застосуванні. Переваги ацеклофенаку над іншими НПЗП: у 2,5 рази нижчий ризик шлункових ускладнень порівняно з диклофенаком; нижчий ризик шлунково-кишкової кровотечі при тривалому застосуванні, краща переносимість при хронічному застосуванні [12]. Аертал® ефективно зменшує вираженість болю і запалення при ендометріозі, що особливо важливо у поєднанні з МФС. Схема застосування препарату: 100 мг 2 рази на добу після їди (курс 10–14 днів).

У пацієнок із вираженим нейропатичним компонентом болю можливе додаткове призначення габапентину, прегабаліну, антидепресантів, які знижують надмірну активність нейронів та сенситизацію центральної нервової системи. Механізм дії цих препаратів різний, але вони забезпечують нормалізацію нейромедіаторного стану, зниження передачі больових імпульсів.

Висновки

Ендометріоз є складним мультифакторним захворюванням, що супроводжується ХТБ, зумовленим як ендометріюїдними ураженнями, так і МФС. Це пояснюється хронічним запаленням, нейропатичною сенситизацією, дисфункцією тазових м'язів та фасціальними змінами, що потребує комплексного, персоналізованого підходу до лікування. Ефективна терапія повинна бути багатовекторною, включати патогенетичні, симптоматичні та немедикаментозні методи, що сприятимуть контролю болю, зниженню вираженості запалення, зниженню м'язового гіпертонусу та покращенню якості життя пацієнок.

Основою патогенетичного лікування ендометріозу залишається гормональна терапія, спрямована на пригнічення патологічного росту ендометріюїдної тканини. Дієногест (Савіс) є препаратом вибору, оскільки гальмує проліферацію ектопічного ендометрія, знижує продукцію прозапальних цитокінів, блокує ангіогенез та інгібує ароматазу. Застосування Савісу в безперервному режимі забезпечує ефективний контроль больового синдрому, знижує частоту рецидивів і покращує якість життя пацієнок.

Сприятливий профіль безпеки робить препарат оптимальним для тривалої терапії, особливо у жінок, які потребують мінімізації гормональних коливань [11].

Однак гормональна терапія не усуває всіх патогенетичних механізмів тазового болю, особливо у пацієнок із супутнім МФС, що супроводжується гіпертонусом м'язів тазового дна, тригерними точками та фасціальними контрактурами. Це потребує застосування додаткових фармакологічних та немедикаментозних методів.

Серед фармакологічних засобів толперизон (Мідокалм) відіграє ключову роль у зниженні м'язового спазму, що є основним компонентом МФС при ендометріозі. Завдяки центральному механізму дії він не лише знижує м'язовий гіпертонус, але й впливає на ноцицептивну передачу, покращує мікроциркуляцію та запобігає хронізації болю. Поєднання Мідокалму з НПЗП ацеклофенаком (Аертал®) дозволяє швидше контролювати біль та зменшувати вираженість запального процесу. Ацеклофенак має кращий профіль безпеки щодо шлунково-кишкового тракту, ніж диклофенак, і забезпечує ефективне блокування синтезу простагландинів — медіаторів запалення та болю.

Додатково габапентин є важливим компонентом терапії у випадках нейропатичного болю, який часто супроводжує ендометріоз та МФС. Його застосування дозволяє знизити сенситизацію периферичних нервів та зменшити вираженість симптомів пекучого, прострілюючого болю, що не піддається стандартній анальгезії.

Таким чином, поєднання дієногесту (Савіс), толперизону (Мідокалм), ацеклофенаку (Аертал®) та габапентину забезпечує комплексний вплив на етіопатогенетичні механізми тазового болю при ендометріозі. Такий підхід не лише контролює симптоми, а й гальмує прогресування захворювання, дозволяючи значно покращити якість життя пацієнок.

Окрім фармакологічних методів, невід'ємним елементом лікування є немедикаментозна терапія. Інтеграція анатомічних потягів у терапевтичну практику, що використовується у фізіотерапії, йозі, остеопатії, спортивній реабілітації, дозволяє відновити баланс між напруженням і розслабленням у міофасціальних лініях. Використання мануальних технік (міофасціального релізу, масажу тригерних точок, розтягувальних вправ) сприяє еластичності фасцій та м'язів, покращенню кровопостачання та зменшенню хронічного спазму. Це особливо важливо для пацієнок із поєднанням ендометріозу та МФС, оскільки такі методи впливають на корекцію біомеханічних порушень та запобігають рецидивам.

Ефективність лікування міофасціального синдрому залежить не лише від вибору лікарських препаратів, а й від точності діагностики, раціонального підходу до терапевтичних методів і правильної їх комбінації. Ключову роль відіграє уникнення діагностичних і терапевтичних помилок, адже неправильно встановлений діагноз або неадекватно підібрані методи лікування можуть не лише знизити ефективність терапії, а й спричинити погіршення стану пацієнта.

Одним із найпоширеніших помилкових уявлень є отождествлення міофасціального синдрому з іншими м'язово-скелетними розладами без урахування його патофізіологічних особливостей. Це може призвести до призначення недостатньо ефективної терапії, наприклад, застосування тільки анальгетиків без усунення тригерних точок. Також часто недооцінюються роль немедикаментозних методів — мануальної терапії, кінезіотерапії, фізіотерапевтич-

Таблиця Помилкові уявлення, що можуть зашкодити лікуванню МФС

Помилкові уявлення	Реальність	Рекомендація
Пролапс органів дорівнює гіпотонусу м'язів тазового дна	Пролапс може супроводжуватися як гіпо-, так і гіпертонусом, особливо у пацієток із МФС	Вправи Кегеля при гіпертонусі можуть погіршити стан
Тренування м'язів тазового дна через призупинення сечовипускання	Сечовипускання — складний рефлекторний процес. Регулярне переривання струменя сечі може призвести до дисфункції детрузора та порушення рефлексу сечовипускання	Не робити так, оскільки це може призвести до порушення рефлекторної регуляції сечовиділення
Вправи Кегеля підходять усім	У гострий період МФС вони заборонені, оскільки посилюють м'язовий спазм та активують тригерні точки	Виконуються лише після усунення гіпертонусу
Біль у тазовій ділянці завжди має гінекологічне походження	ХТБ може бути міофасціальним, неврологічним, ортопедичним або урологічним	Важливий міждисциплінарний підхід
МФС складно діагностувати, можна зробити це тільки за допомогою ультразвукової діагностики або магнітно-резонансної томографії	Золотий стандарт — клінічне обстеження (пальпація тригерних точок, функціональні тести). Візуалізаційні методи — допоміжні	Анамнез, огляд, пальпація, вагінальний огляд, функціональні тести: тест Файрбенкса (Freiberg's test) — провокація болю при внутрішній ротації стегна у положенні розгинання; тест Пейса (Pace's test) — біль при відведенні та зовнішній ротації стегна з опором; тест Томаса (Thomas test) — оцінка гіпертонусу клубово-поперекового м'яза; тест Бонне (Bonnet's test) — провокація болю при пасивному згинанні, приведенні та ротації стегна; тест на компресію крижово-клубових суглобів — визначає дисфункцію тазових зчленувань; тест на тригерні точки (Trigger Point Palpation Test) — пальпація болючих вузлів у м'язах тазового дна; тест Кемпа (Kemp's test) — провокація болю при розгинанні, бічному нахилі та ротації тулуба; тест на підняття прямої ноги (Straight Leg Raise Test, Lasague test) — оцінка ураження сідничного нерва; тест Гіллеса (Gillis Test) — пальпація напруження грушоподібного м'яза; тест Ласега (Reverse Lasague Test) — визначення напруження клубово-поперекового м'яза; тест на дисфункцію тазового дна (Pelvic Floor Dysfunction Test) — оцінка м'язового тону та реакції на скорочення; тест Марша (March Test) — оцінка стабільності тазового пояса під час ходьби; тест на стресове нетримання сечі (Stress Test) — оцінка сфінктерної функції уретри; тест на крижово-клубовий синдром (Sacral Thrust Test) — біль при натисканні на крижову кістку; тест Обера (Ober's test) — оцінка скорочення або контрактури клубово-великогомілкового тракту; тест на грушоподібний синдром (Piriformis Syndrome Test) — біль при компресії сідничного нерва через грушоподібний м'яз; тест на стійкість передньої тазової лінії (Pelvic Tilt Test) — оцінка порушень постави, напруження тазових м'язів; тест на дисфункцію куприка (Coccyx Mobility Test) — пальпація рухливості куприка та провокація болю.

них процедур, які здатні суттєво покращити стан пацієнта (таблиця).

Ще одна поширена помилка — ігнорування мультидисциплінарного підходу, що включає взаємодію невролога, ортопеда, фізіотерапевта та реабілітолога. Комплексний підхід із урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та потенційних супутніх станів, таких як порушення постави, хронічний стрес чи дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, значно підвищує ефективність лікування.

Таким чином, успішна терапія міофасціального синдрому потребує не лише правильно підібраних препаратів, а й точного діагностичного алгоритму, уникнення поширених клінічних помилок та комплексного підходу до лікування.

Лікування ХТБ при ендометріозі потребує мультидисциплінарного підходу, що включає гормональну терапію, міорелаксанти, НПЗП, нейропатичні анальгетики, фізіотерапію, мануальну терапію та когнітивно-поведінкові методи. Оптимізація стратегії ведення таких пацієток дозволяє забезпечити ефективний контроль болю, запобігти рецидивам та покращити якість життя.

Список використаної літератури

1. Mackey S. (2024) The 2024 ACPA-Stanford Resource Guide for Chronic Pain Management: A comprehensive, free resource for people in pain Newly revised release of the American Chronic Pain Association-Stanford Resource Guide to Chronic Pain Management.
2. Lu Y., Cheng J., Fan B. et al. (2018) ICD-11 Chinese compilation of chronic pain classification. Zhongguo Tengtong Yixue Zazhi., 24: 801–805.
3. Jarrell J.F., Vilos G.A., Allaire C. et al. ((2005)) Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. J. Obstetr. Gynaecol. Canada, 27(9): 869–887.
4. Travell J.G., Simons D.G. (2010) Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. International Pelvic Pain Society (IPPS).
5. Myers T.W. (2020) Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists. 4th ed. Elsevier.
6. Standring H. (2020) Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice Standring, S. (Ed.). Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42nd ed. Elsevier.
7. Gyhagen M., Åkervall S., Milsom I. (2015) Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. Int. Urogynecol. J., 26: 1115–1121.
8. Sharkey J. (2021) Fascia and Tensegrity The Quintessence of a Unified Systems Conception. Int. J. Anat. Applied Physiol. DOI: 10.19070/2572-7451-2100032.

9. Wallace Sh.L., Miller L.D., Mishra K. (2019) Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women Wolters Kluwer Health, 31. www.co-obgyn.com.
10. International Continence Society Guidelines on Pelvic Floor Rehabilitation International Continence Society (ICS). Guidelines on Pelvic Floor Rehabilitation www.ics.org.
11. Gedeon Richter Plc. Data on file. Randomized, open-label, 2-way crossover bioequivalence study of dienogest 2 mg fi Im-coated tablet and visanne (reference) following a 2 mg dose in healthy subjects under fasting conditions. Final Integrated Clinical and Statistical Report, Version 01, 2 October 2015.
12. Grover A., Pawar E., Singh G.K. et al. (2022) Acedofenac, a preferential COX-2 inhibitor — appraisal of safety and tolerability. *J. Evolution Med. Dent. Sci.*, 11(07): 690698.
13. www.eshre.eu/Annual-Meeting/ESHRE2022.
14. Römer T. (2018) Long-term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 298(4): 747–753.
15. Hayashi A., Tanabe A., Kawabe S. et al. (2012) Dienogest increases the progesterone receptor isoform B/A ratio in patients with ovarian endometriosis. *J. Ovarian Res.*, 5(1): 31.
16. patient-info.co.uk/sawis-2-mg-tablets-93850/summary-of-medicine-characteristics.
17. Takagi H., Sakamoto J., Sasagawa T. (2019) Long-term treatment of endometriosis with dienogest for up to five years. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, 46(3): 398–402.
18. Park J.C., Kim D.J. (2023) P-320 Change of bone mineral density after long-term use of dienogest with calcium and vitamin D supplementation after surgical treatment of endometrioma. *Human Reproduction*, 38(Suppl. 1): dead093.678.
19. Othman E.R., Al-Hendy A., Mostafa R. et al. (2024) Oral GnRH Antagonists in Combination with Estradiol and Norethindrone Acetate for Pain Relief Associated with Endometriosis: A Review of Evidence of a Novel Class of Hormonal Agents. *Int. J. Womens Health*, 16: 309–321. doi.org/10.2147/IJWH.S442357.
20. Xin L., Ma Y., Ye M. et al. (2023) Efficacy and safety of oral gonadotropin-releasing hormone antagonists in moderate-to-severe endometriosis-associated pain: a systematic review and network meta-analysis. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 308: 1047–1056.
21. Donnez J., Dolmans M.-M. (2021) GnRH Antagonists with or without Add-Back Therapy: A New Alternative in the Management of Endometriosis? *Int. J. Mol. Sci.*, 22: 11342.
22. Harada T., Osuga Y., Suzuki Y. et al. (2022) Relugolix an oral gonadotropin-releasing hormone receptor antagonist, reduces endometriosis-associated pain compared with leuporelin in Japanese women: a phase 3, randomized, double-blind, noninferiority study. *Fertil Steril*, 117(3): 583–592.
23. GnRH-Antagonists in the Treatment of Endometriosis — Does the brain work better? Wolfgang Kupker, MD by Endofound Org. Posted on May 2, 2024.
24. Becker Ch.M., Johnson N.P., As-Sanie S. et al. (2024) Two-year efficacy and safety of relugolix combination therapy in women with endometriosis-associated pain: SPIRIT open-label extension study. *Human Reproduction*. doi: 10.1093/humrep/dead263.

Інформація про авторів:

Білодід Ольга Олександрівна — кандидатка медичних наук, доцентка кафедри онкології, променевої терапії, онкохірургії та паліативної допомоги Харківського національного медичного університету; онкогінекологиня, членкиня Американського товариства кольпоскопії та патології шийки матки (ASCCP) та Міжнародної федерації патології шийки матки та кольпоскопії (IFCPC); керівниця Харківського обласного відділення кольпоскопії та патології шийки матки Української асоціації кольпоскопії та патології шийки матки; директорка Харківського протипухлинного центру «Молекула»; лауреатка премії «Фаворити Харкова» в номінації «Лікар року 2018», Харків, Україна.

Гордійчук Ольга Олександрівна — лікарка-неврологиня, кандидатка медичних наук, доцентка кафедри неврології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна. E-mail: ogordok@gmail.com

Pain Beyond Endometriosis: The Mimicry of Gynecological Pain and the Role of Myofascial Syndrome. Hormones, Fascia, Neurons — A Perspective on Pathophysiology and Therapy

O.O. Bilodid¹, O.O. Gordiichuk²

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

²National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Abstract. Chronic pelvic pain is a complex interdisciplinary problem often associated with endometriosis. However, not all cases of pelvic pain are directly linked to endometriotic lesions. In many patients, myofascial pelvic pain syndrome plays a crucial role in pain pathogenesis, characterized by muscle hypertonicity, trigger points, and fascial dysfunctions. Due to gynecological pain mimicry, myofascial pelvic pain syndrome often remains undiagnosed, leading to ineffective hormonal treatment or repeated surgical interventions. This article explores the pathophysiological mechanisms linking endometriosis and myofascial syndrome, including the role of hormonal imbalance, inflammatory mediators, and neural sensitization. Differential diagnosis is discussed, incorporating trigger point palpation, functional tests (Freiberg's, Pace's, Thomas test), and instrumental methods such as electromyography and biofeedback. Emphasis is placed on an individualized treatment approach, combining hormonal therapy, muscle relaxants, NSAIDs, neuropathic analgesics, and non-pharmacological interventions (myofascial release, physiotherapy, cognitive-behavioral therapy, neuromuscular rehabilitation). A multidisciplinary strategy is proposed as the key to effective pain management in patients with a combination of endometriosis and myofascial syndrome.

Key words: chronic pelvic pain, endometriosis, myofascial syndrome, gynecological pain, trigger points, muscle relaxants, neuropathic pain, hormonal therapy, physiotherapy, multidisciplinary approach.

Information about the authors:

Bilodid Olha O. — PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Oncology, Radiation Therapy, Oncosurgery, and Palliative Care, Kharkiv National Medical University; Oncogynecologist, member of the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) and the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC); Head of the Kharkiv Regional Office for Colposcopy and Cervical Pathology of the Ukrainian Association of Colposcopy and Cervical Pathology (UACCP); Director of the Kharkiv Precancer Center «Molekula»; Laureate of the «Kharkiv Favorites» award in the nomination «Doctor of the Year 2018», Kharkiv, Ukraine. Gordiichuk Olha O. — PhD, neurologist, Department of Neurology, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine. E-mail: ogordok@gmail.com

Надійшла до редакції/Received: 03.03.2025

Прийнято до друку/Accepted: 05.03.2025