

Інтеграція гінекології та неврології: міофасціальний синдром при ендометріозі. Терапія, що змінює життя

О. О. Білодід¹, О. О. Гордійчук²

¹ Кафедра онкології, променевої терапії, онкохірургії та паліативної допомоги Харківського національного медичного університету, Медичний центр «Молекула», м. Харків

² Кафедра нервових хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Резюме

Ендометріоз залишається однією з найскладніших і найбільш недооцінених патологій, з якою щодня стикаються акушери-гінекологи в клінічній практиці. У статті розкрито новий, більш глибокий підхід до діагностики та лікування ендометріозу, з акцентуванням уваги на його взаємозв'язку з міофасціальним синдромом. Обговорюються механізми, які показують, що хронічний тазовий біль може бути наслідком не лише гінекологічних, а й неврологічних станів. Обґрунтовується особливе місце препарату Савіс (дієногест 2 мг) у терапії ендометріозу, який у безперервному режимі демонструє не лише чудові результати у пригніченні еktopічних ендометріальних вогнищ, а й покращує якість життя пацієнток. Водночас, застосування м'язових релаксантів (Мідокалм), нестероїдних протизапальних засобів (Аертал) і габапентину та прегабаліну створює цілісну систему контролю болю, спрямовану на зменшення запалення, розслаблення м'язів і усунення нейропатичного компонента. Стаття допоможе краще зрозуміти патогенетичні механізми болю при ендометріозі, озброїть практичними рекомендаціями щодо комплексного та індивідуального підходу до лікування. Автори намагалися розкрити складні питання, аби читачі могли знайти на них відповіді, розширити межі знань для покращення якості життя пацієнток.

Ключові слова: ендометріоз, хронічний тазовий біль, міофасціальний синдром, Савіс (дієногест 2 мг), комплексне лікування, безперервний режим терапії, мідокалм, аертал, габапентин, нейропатичний біль, м'язи тазового дна, індивідуалізований підхід, симптоматична терапія, патогенетичне лікування, якість життя пацієнток.

INTEGRATION OF GYNECOLOGY AND NEUROLOGY: MYOFASCIAL SYNDROME IN ENDOMETRIOSIS. LIFE-CHANGING THERAPY

О. О. Bilodid¹, О. О. Gordiichuk²

¹ Department of oncology, radiation therapy, oncosurgery and palliative care of the Kharkiv National Medical University, "Molekula" Medical Center, Kharkiv

² PhD National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Summary

Endometriosis remains one of the most complex and underappreciated pathologies that obstetricians and gynecologists encounter every day in clinical practice. The article reveals a new, more in-depth approach to the diagnosis and treatment of endometriosis, with an emphasis on its relationship with myofascial syndrome. The mechanisms are discussed, which show that chronic pelvic pain can be a consequence of not only gynecological, but also neurological conditions. The special place of the drug Savis (dienogest 2 mg) in the therapy of endometriosis is substantiated, which in a continuous mode demonstrates not only excellent results in suppressing ectopic endometrial foci, but also improves the quality of life of patients. At the same time, the use of muscle relaxants (Mydocalm), nonsteroidal anti-inflammatory drugs (Aertal) and gabapentin and pregabalin creates a holistic pain control system aimed at reducing inflammation, relaxing muscles and eliminating the neuropathic component. The article will help to better understand the pathogenetic mechanisms of pain in endometriosis, arm with practical recommendations for a comprehensive and individual approach to treatment. The authors tried to reveal complex questions so that readers could find answers to them, expand the boundaries of knowledge to improve the quality of life of patients.

Key words: endometriosis, chronic pelvic pain, myofascial syndrome, Savis (dienogest 2 mg), complex treatment, continuous therapy regimen, mydocalm, airtal, gabapentin, neuropathic pain, pelvic floor muscles, individualized approach, symptomatic therapy, pathogenetic treatment, quality of life of patients.



Хронічний тазовий біль — це нециклічний біль, який не пов'язаний з менструацією та вагітністю, відчувається в ділянці таза протягом щонайменше 6 місяців, має різну інтенсивність, спричиняє функціональну неспроможність і може призводити до певних психосоматичних порушень [Maskey S., 2024]. Причин виникнення хронічного тазового болю багато, в цій публікації ми розглянемо лише два стани, що часто зустрічаються в акушерсько-гінекологічній практиці — аденоміоз та міофасціальний синдром. Ці стани можуть існувати окремо, що потребує диференціації, а можуть існувати одночасно, що впливає на тактику ведення пацієнтів з хронічним тазовим болем. Ступінь тяжкості ендометріозу досить часто не корелює зі ступенем тяжкості хронічного тазового болю.

Природа болю

За хронічного тазового болю, на який скаржиться пацієнтка, гінекологу необхідно знати про певні стани, щоб уникнути зайвого первинного, а саме головне повторного оперативного втручання або неетіологічного призначення гормональної терапії. Вагомою проблемою в практичній діяльності є повторне звернення пацієнток після оперативного втручання з приводу ендометріозу та відсутності ефекту лікування хронічного тазового болю. Розуміння гінекологами проблеми хронічного тазового болю, особливо міофасціального синдрому (МФС), як одного з його різновидів, необхідні для того, щоб вчасно направити жінку на консультацію до невролога.

Ендометріоз може викликати хронічний тазовий біль, що призводить до гіпертонусу (МФС) м'язів тазового дна, зокрема, таких як *levator ani*, *obturator internus* тощо. Це сприяє розвитку тригерних точок (МТрПс) у цих м'язах, що є ключовою характеристикою міофасціального болю. Ендометріоз супроводжується хронічним запаленням і нейропатичною сенситизацією, що також може посилювати міофасціальний біль, оскільки запальні медіатори підвищують збудливість периферичних нервів у фасціях і м'язах. У пацієнток із ендометріозом часто виявляють-

ся міофасціальні тригерні точки у м'язах тазового дна, які є джерелом локалізованого або іррадіюючого болю, зокрема у ділянці живота, спини та нижніх кінцівок. Даний ефект пояснюється концепцією Томаса Майєрса: фасції тазового дна інтегровані у «анатомічні потяги» (myofascial meridians), що сприяє поширенню напруги або болю з однієї ділянки в іншу. Характер болю при ендометріозі і МФС відрізняється. При ендометріозі біль у тазовій ділянці циклічний, а міофасціальний біль постійний або тригерний, часто посилюється при пальпації або фізичному навантаженні, може іррадіювати в сусідні ділянки. Втім основними діагностичними критеріями залишаються: наявність тригерних точок (які визначаються при вагінальному або зовнішньому дослідженнях); неефективність гормональної терапії; зв'язок посилення больового синдрому з тривалими фізичними навантаженнями, змінами статури, особливостями професійної діяльності, статичним положенням певних частин тіла. А саме, біль в тазу може виникнути від тривалого сидіння, від постійного нахилу шиї в певному положенні під час роботи за комп'ютером, адже відповідно до теорії фасцій «анатомічних потягів» всі ділянки тіла пов'язані між собою. Структури, що утворюють тазову ділянку, розташовані у вигляді серії м'язів, шарів фасцій, які переплетені судинною та нервовою мережами та з'єднані з різними внутрішніми органами [Travell J. G. et al., 2010; Anderson R. U. et al., 2009].

Відомо, що міофасціальний біль є найпоширенішим больовим станом, на частку якого припадає понад 30 %. Міофасціальний больовий синдром належить до типу хронічного больового синдрому, який рецидивує в м'язах, фасціях або в пов'язаних м'яких тканинах і може супроводжуватися явними емоційними розладами [Lu Y. et al., 2018]. Існує багато назв цього стану, але у 2005 році було запропоновано використання єдиного терміну — гіперактивне тазове дно — стан, при якому м'язи тазового дна не розслабляються або скорочуються в той час, коли має бути релаксація, наприклад, при сечовипусканні.

Анатомічні та функціональні аспекти м'язів, фасцій та тригерних точок при міофасціальному синдромі. Навіщо це знати гінекологу?

Головний критерій, який визначає МФС, — це наявність спазму (підвищеного тонусу) м'язів та тригерних точок. Міофасціальні тригерні точки — це локалізовані ділянки підвищеної чутливості в напруженому м'язовому волюні або фасції. Вони часто пов'язані з хронічним або гострим болем і мають важливе значення у розвитку міофасціального больового синдрому.

Ключові характеристики м'язових МТрПс:

- локальний або іррадіюючий біль (віддалений від тригерної точки), болючість при пальпації; біль може бути спонтанним або викликатися механічним подразненням;
- напружені м'язові тяжі: на дотик відчуються як «вузлики» або «спазми» в м'язі;
- порушення функції м'язів: знижена кінетика або амплітуда рухів;
- феномен «сателітних» точок: вторинні тригерні точки можуть розвиватися через постійну іррадіацію болю.

Види м'язових МТрПс:

- активні: викликають спонтанний біль і обмеження руху;
- латентні: не викликають спонтанного болю, але болючі при пальпації.

Локалізація МТрПс в м'язах тазового дна:

- *levator ani* (підіймач ануса): часто асоціюється з хронічним тазовим болем і дискомфортом;
- *soccygeus* (куприковий м'яз): може спричинити біль у куприку;
- *piriformis* (грушоподібний м'яз): тригерні точки тут можуть викликати іррадіацію болю в таз, стегно або сідницю;
- *obturator internus* (внутрішній затульний м'яз): важливий у контролі тазового болю, особливо в передній ділянці тазу.

Якщо тригерні точки розташовані в фасціях, вони мають назву «фасціальні звуження». Фасціальні звуження — це патологічні зміни у фасції тазового дна та суміжних структур, які обмежують рухливість тканин, порушують кровообіг і можуть бути джерелом болю [Sharkey J., 2021]. Роль фасції тазового дна — це забезпечення підтримки тазових органів



(матки, сечового міхура, прямої кишки) і перерозподіл м'язової сили. Фасції тазового дна у жінок є ключовими компонентами для забезпечення підтримки тазових органів, збереження континенції та функціональної стабільності тазової ділянки. Сучасні дослідження показують, що фасції тазового дна мають складну анатомію і є важливими для розуміння як нормальної функції, так і патофізіології тазових розладів. Фасції тазового дна включають такі структури, як перинеальна мембрана, зв'язки (наприклад, *pubourethral* і *rectovaginal*) і перинеальне тіло. Вони працюють разом із м'язами для підтримки органів і контролю функцій сечового міхура та прямої кишки [Strandberg H., 2020].

В 1997 році Томас Майєрс в книзі «Анатомічні потяги» (*Anatomy Trains*) представив новаторський анатомічний погляд, фокусуючись саме на фасціальних мережах тіла. Книга Майєрса підкреслює взаємозв'язок усіх частин тіла та акцентує увагу на необхідності комплексного підходу до руху і здоров'я. Основна ідея книги полягає в тому, що м'язи, фасції та інші тканини організму утворюють цілісні функціональні лінії, які впливають на рух, стійкість і здоров'я. Майєрс вводить поняття «анатомічних потягів» або концепції міофасціальних ліній — 12 міофасціальних мереж, які з'єднують різні частини тіла і передають напруження через фасціальну тканину. До цих ліній належать:

- суперфіціальна задня лінія (*superficial back line*);
- суперфіціальна передня лінія (*superficial front line*);
- латеральна лінія (*lateral line*);
- спіральна лінія (*spiral line*) та інші.

Відповідно до цієї теорії тазове дно через фасцію зв'язане з діафрагмою (через латеральну лінію), з нижніми кінцівками через грушоподібний м'яз, внутрішній затульний м'яз і клубово-поперековий м'яз, а задня фасція тазу пов'язана з фасціями спини через спіральну лінію.

Лінії демонструють, як локальні напруження так і напруження у віддалених ділянках тіла, які пов'язані між собою «анатомічними потягами». Також ці лінії пояснюють, як певні фактори, що діють на ділянки тіла, здатні викликати гіпертонус. Наприклад, біль в ділянці

шиї (під'язична ділянка, біль в горлі за рахунок спазму м'язів, який діагностується методом виключення органічної патології) чи грудей (ділянка діафрагми) може бути перед виникненням гіпертонусу м'язів тазового дна. Тобто, травми, рухові порушення, запалення в різних частинах тіла можуть чинити глобальний вплив на позиційний баланс, що призводить до хронічного болю. Фасція розглядається, як інтегративна система, описується як тривимірний сполучний мережа, що забезпечує структурну підтримку, передачу сили і зв'язок між тканинами. Розуміння фасціальних ліній дозволяє краще аналізувати, діагностувати причини дискомфорту і підбирати ефективні терапевтичні втручання [Myers T. W., 2020; Strandberg H., 2020].

В традиційній китайській медицині (ТКМ) порушення функціонування тіла, виникнення хронічного тазового болю та різних захворювань пояснюють через блокування енергії Ци (життєвої енергії) та меридіанів. Меридіани — це «умовні» енергетичні канали, через які циркулює енергія Ци. Обструкція меридіану виникає, коли рух Ци або крові в меридіанах блокується через зовнішні (травми, холод тощо) або внутрішні (стрес, емоційні переживання, неправильне харчування) фактори. Сучасна медицина сприймає ці концепції більше як метафору. Проте методи ТКМ, такі як акупунктура чи цигун, виявилися ефективними у зменшенні болю, покращенні кровообігу та релаксації. Визначення «анатомічних потягів» (*myofascial meridians*) із книги Томаса Майєрса та концепції «обструкції меридіану» або «обструкції Ци» у традиційній китайській медицині мають певний схожий підхід до розуміння інтегрованої роботи тіла, але різняться у своїх підґрунтях і методах. В обох концепціях тіло розглядається як єдина функціональна система, де різні частини тісно взаємопов'язані. «Анатомічні потяги» описують фізичні фасціальні зв'язки між м'язами та тканинами, а меридіани ТКМ — це шляхи циркуляції енергії Ци в організмі. «Анатомічні потяги» є фізичними, їх можна побачити, тоді як меридіани в ТКМ базуються на метафоричному розумінні енергії. Тому меридіани та обструкція Ци не мають прямих анатомічних відповідників. Деякі сучасні дослідження вказують, що фасції можуть бути «ана-

томічною базою» меридіанів, оскільки вони інтегрують структури тіла і передають як механічну, так і електромагнітну інформацію [Langevin H. M. et al., 2015].

Якщо відійти від концепції Майєрса та ТКМ, сучасні дослідження показують, що проблема тазового болю не обмежується виключно м'язами тазового дна, до патологічного процесу залучаються й фасції тазового дна [Maciocia G., 2015]. До 47 % жінок страждають принаймні на один розлад тазового дна, включаючи хронічний тазовий біль, нетримання сечі та пролапс тазових органів [Gyhagen M. et al., 2015; Kepenekci I. et al., 2011].

Наявність ноцицепторів у фасціях та м'язах свідчить про те, що вони можуть бути джерелом локального та референтного болю у ділянці тазового дна, диспареунії (біль під час статевого акту), дизурії (болючість при сечовипусканні), болю при дефекації, тазового болю, що може іррадіювати в нижню частину спини, ділянку стегна або сідниці. Через біль можуть виникати труднощі при виконанні рухів, з'являтися рефлекторне напруження м'язів, відчуття «тяжкості» в тазу, обмеження рухливості м'язів тазового дна.

Пошкодження або зміни, викликані пологами, віковими змінами або гормональними факторами, хірургічні втручання, а також фізичні навантаження (тривале перебування за кермом, незбалансовані фізичні навантаження під час роботи, занять в тренажерному залі) або навпаки гіподинамія, спадкова схильність, хронічне напруження м'язів тазового дна (наприклад, через стрес, травми), порушення постави, захворювання тазових органів (ендометріоз, інфекції) можуть зменшити еластичність і здатність фасцій витримувати напруження [Roch M. et al., 2021]. Сколіоз, тривале перебування в незмінній позі — головні проблеми сучасних жінок (особливо при статичній роботі за комп'ютером), що є причиною гіперактивності м'язів тазового дна. Це підтверджується клінічними спостереженнями та методологією «анатомічних потягів». Захворювання суглобів, призводять до зміни ходи та перерозподілу векторів сили в ділянці тазу, що також є причиною міофасціального синдрому.



При визначенні причин МФС анамнестично недооціненим часто залишається фактор, який має назву «невірний стереотип м'язового скорочення» — «центрально зафіксований» м'язовий спазм: після сексуального насильства, біль під час перших статевих контактів, при огляді гінеколога, результат загального стресу, втоми, насильне привчання в дитинстві до горщика, мікротравми м'язів під час фізичних навантажень, хронічні закрепи, неправильне виконання вправ Кегеля (The Overactive Pelvic Floor, 2016).

Для лікування пролапсу тазових органів та нетримання сечі вдаються до хірургічних методів, зокрема з використанням синтетичних слінгів чи сіток. Сучасна хірургія вирішує питання нетримання сечі й порушення анатомії, втім не вирішує, а іноді є причиною міофасціального хронічного тазового болю.

Попри значний прогрес, залишається багато невизначеностей у мікро- і макроанатомії фасцій, що потребує подальших досліджень для уточнення функцій і впливу змін у фасціях на різні тазові розлади та методи корекції при анатомічних змінах. Як приклад, можна розглянути «Інтегральну м'язово-еластичну теорію функції та дисфункції тазового дна» [Petros P. P. et al., 2011]. Основне твердження полягає в тому, що органи малого тазу фіксуються чотирма зв'язками і контролюються нейрологічно скоординованими м'язовими силами, що скорочуються проти цих зв'язок. Будь-яка слабкість зв'язок може перешкоджати м'язовим зусиллям, що призводить до випадіння органів або порушення їхнього закриття чи відкриття, що спричиняє нетримання сечі або симптоми порушення евакуації, відповідно. Таким чином, для проведення успішної реконструктивної операції або реабілітаційних вправ необхідно знати, яка саме зв'язка пошкоджена (рис. 1). Також необхідно враховувати, що пролапс може бути наслідком не первинного гіпотонусу, а вторинного. Варто розуміти, що м'яз має різний тип волокон — швидкі та повільні, саме повільний тип волокон забезпечує певний тонус м'яза, коли він не скорочений. Це необхідно для утримання органів при вертикальному типі ходи. Але, коли має місце тривалий гіпертонус м'яза, м'яз «втомлюється», а пізніше виникає гіпотонус або нездат-

ність адекватно скорочуватися внаслідок тривалого гіпотонусу. Тому, перш ніж застосовувати вправи Кегеля, необхідно виключити гіпертонус і усунути тригерні точки і лише потім переходити до вправ.

М'язи тазового дна також належать до системи кору (попереково-тазова система стабілізації), що працює разом з діафрагмою. Існує теорія філогенетичних механізмів формування хронічного тазового болю внаслідок психоемоційних змін. Наприклад, у собак емоції проявляються певними рухами хвоста, відповідно м'язи тазового дна можуть реагувати на певні психологічні зміни в поведінці людини (механізми психосоматичного реагування).

Клінічні симптоми

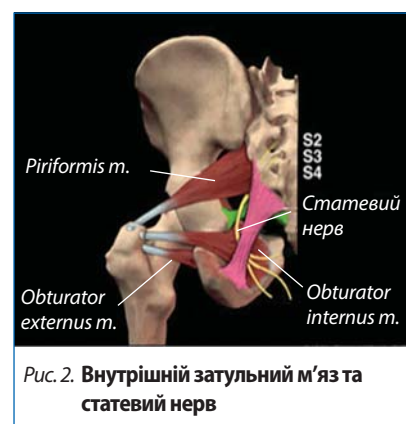
Коли мова йде саме про м'язи тазового дна, складно говорити про гіпертонус одного м'яза і про симптоми, що характерні саме для цього м'яза (основні м'язи: цибулино-губчастий, сідничний, печеристий). Майже завжди задіяно декілька м'язів, тому у пацієнтки одночасно зустрічається багато різних симптомів.

При МФС, коли тригерні точки пов'язані з певними м'язами, вони носять назву цих анатомічних структур. Проте за теорією «анатомічних потягів» симптоматика може бути досить віддаленою від того чи іншого м'яза (тригерної точки).

Гіпертонус внутрішнього затульного м'яза дещо схожий з клінікою нейропатії статевого нерва (уретральний болювий синдром, біль в ділянці вульви, клітора, статевих губ, промежини, відчуття інородного тіла) (рис. 2).

Нейропатія статевого нерва, синдром каналу Алькока (pudendal neuralgia) є окремою причиною хронічного тазового болю та МФС і характеризується основними та додатковими Нантськими критеріями (Nantes Criteria, 2006) (не має тригерних точок на відміну від МФС, але часто поєднується з ним за рахунок гіпертонусу грушоподібного і внутрішнього затульного м'язів). Основні критерії:

- біль в ділянці іннервації статевого нерва (від ануса до клітора);
- біль локалізується в ділянці промежини, ануса, зовнішніх статевих органів;



- чітке анатомічне співвідношення з іннервацією статевого нерва;
- посилення болю в положенні сидючи;
- біль стає інтенсивнішим при тривалому сидінні (характерний симптом);
- полегшення болю в положенні стоячи або лежачи;
- біль зменшується або зникає при зміні положення тіла;
- відсутність нічного болю;
- біль не порушує сон;
- нормальні результати клінічного неврологічного огляду (відсутність чутливих, моторних чи рефлекторних порушень у зоні іннервації статевого нерва).



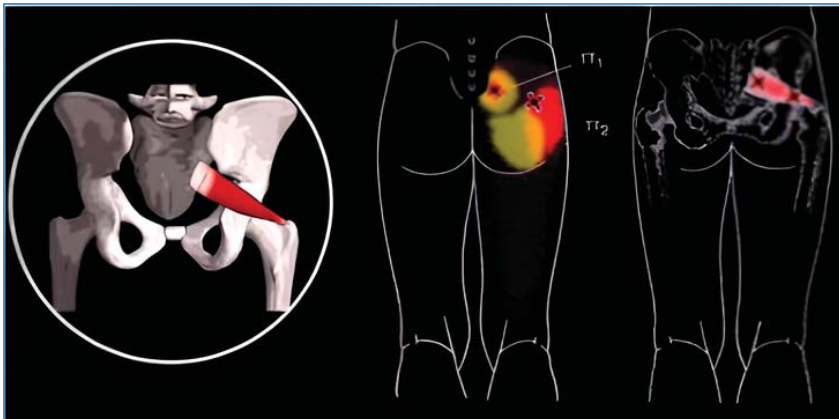


Рис. 3. МФС грушоподібного м'яза

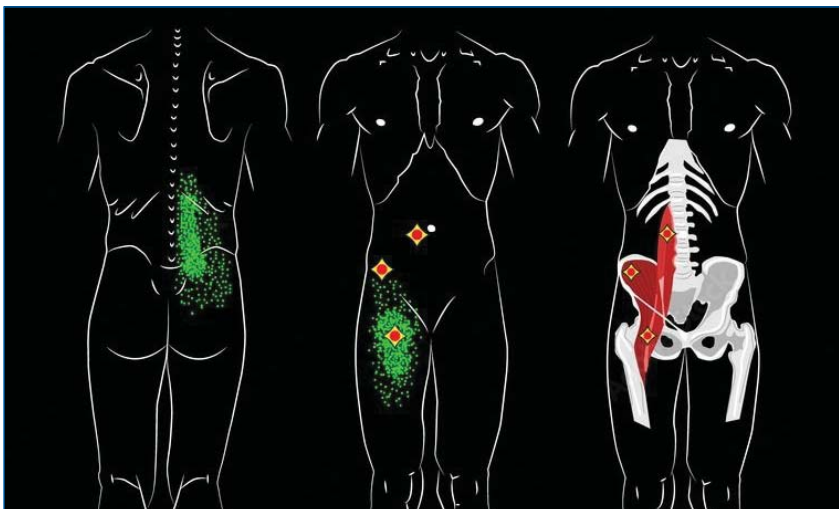


Рис. 4. МФС клубово-поперекового м'яза

Додаткові (супутні) ознаки:

- біль може супроводжуватися відчуттям печіння, поколювання, тиску чи свербіння;
- можливе посилення дискомфорту під час дефекації або статевого акту.

Для підтвердження діагнозу потрібно виключити: проблеми з органами малого таза, ортопедичну патологію, наприклад, захворювання попереково-крижового відділу хребта (International Pelvic Pain Society).

Іншою причиною болю може бути МФС грушоподібного м'яза (рис. 3).

Синдром грушоподібного м'яза (Piriformis Syndrome) — це стан, при якому грушоподібний м'яз, що знаходиться глибоко в сідничній ділянці, спазмується або надмірно напружується, що призводить до стиснення сідничного нерва (*nervus ischiadicus*). Це викликає біль, поколювання або оніміння в ді-

лянці сідниць і в нозі. Грушоподібний м'яз розташований у глибоких шарах сідниці, проходить від передньої поверхні крижової кістки до великого вертлюга стегнової кістки. Через сідничний отвір під грушоподібним м'язом або іноді крізь нього проходить сідничний нерв. Основні симптоми, крім хронічного тазового болю, включають: біль у сідниці з одного боку, іррадіація болю вздовж задньої поверхні стегна до гомілки або стопи (імітація ішіасу), оніміння або поколювання в нижній кінцівці, біль посилюється при сидінні, бігу, ходьбі по сходах або при нахилах уперед. Зменшення болю відбувається у горизонтальному положенні або при відпочинку. При даному стані відмічається болючість при пальпації грушоподібного м'яза через сідницю, тест Файрбенкса (Freiberg's test) позитивний (болючість при внутрішній ротації стегна у положенні розгинання), тест Пейсса (Pace's Test) позитивний (біль при опорі на відведення та зовнішню ротацію стегна), прямий

тест натягу позитивний (підняття прямої ноги лежачи може провокувати біль) [Filler A. G. et al., 2005; Hopyan K. et al., 2010].

МФС клубово-поперекового м'яза (рис. 4) також проявляється хронічним тазовим болем і в ділянці промежини, втім додатково за цього синдрому матиме місце біль у попереку, що посилюється при ходьбі або сидінні. Іррадіація болю відбувається у пахову ділянку, передню поверхню стегна, в нижній відділі живота. Тест Томаса позитивний (пацієнт лежить на спині, одна нога зігнута, інша розслаблена, підняття прямої ноги викликає біль) [Travell J. G. et al., 2014].

Міофасціальний синдром м'язів тазового дна потрапляє до зони інтересу кількох спеціальностей — неврології, урології, проктології, гінекології, сімейної медицини та в деяких випадках і психіатрії. При цьому урологи, гінекологи і проктологи лікують кожен в межах «зони своєї відповідальності», а неврологи не звикли докладно розмовляти з пацієнтами про інтимні теми (сечовипускання, біль при статевому акті, дефекація тощо) і не роблять вагінальний або проктологічний огляд.

Багато симптомів, які притаманні міофасціальному синдрому, також зустрічаються при інших захворюваннях: хронічний цистит, запальні захворювання органів малого таза, ендометріоз.

Симптоми і стани, що можуть бути асоційованими з гіперактивністю і гіпертонусом м'язів тазового дна:

1. Урологічні:

- хронічний тазовий біль будь-якої локалізації (як при аднекситі, в ділянці промежини, внизу живота тощо);
- уретральний больовий синдром;
- інтерстиціальний цистит;
- порушення сечовипускання (часте, утруднене, хронічна затримка сечовипускання);
- сексуальна дисфункція;
- варикоцеле, овариоцеле, варикозне розширення вен малого таза;
- посткоїтальний цистит.

2. Гінекологічні:

- хронічний тазовий біль будь-якої локалізації (як при аднекситі, в ділянці промежини, внизу живота тощо);



- диспареунія;
- вульводинія;
- клітородинія;
- вагінізм;
- оргазмічний біль;
- болючі менструації;
- оваріоцеле, варикозне розширення вен малого таза;
- вагіноз / вагініт;
- ендометріоз.

3. Проктологічні

- хронічний тазовий біль будь-якої локалізації;
- перианальний біль;
- кокцигодинія;
- прокталгія;
- синдром подразненого кишечника;
- анальні тріщини;
- закрепи;
- обструктивна дефекація;
- геморой.

Слід зазначити, що найчастіше має місце одночасне поєднання вищеперерахованих симптомів одночасно, тобто урологічні поєднані з гінекологічними та проктологічними, тому опитування та анамнез під час діагностики має вирішальне значення. Як наслідок, пацієнти роками отримують повторні, майже однакові курси лікування цих захворювань, але у різних спеціалістів. Це пов'язано з відсутністю достовірних методів, які могли б підтвердити або спростувати наявність міофасціального синдрому, тому діагностика цілком спирається на досвід лікаря, чутливість його рук, клінічне мислення і безпосередньо огляд з метою виявлення міофасціальних тригерних точок.

Діагностика

Анамнез. Важливим є виявлення факторів, які можуть бути причиною МФС. Необхідно враховувати всі клінічні симптоми, що описані вище. Завжди варто з'ясовувати зв'язок із тривалим сидінням, активністю або фізичним навантаженням, а також запитувати чи існує біль вночі.

Пальпація м'язів тазового дна при вагінальному дослідженні, зовнішньому огляді промежини або при ректальному обстеженні має на меті виявити активні міофасціальні тригерні точки, напруженість м'язів (бокова, нижня стінка піхви), болючість точок в умов-

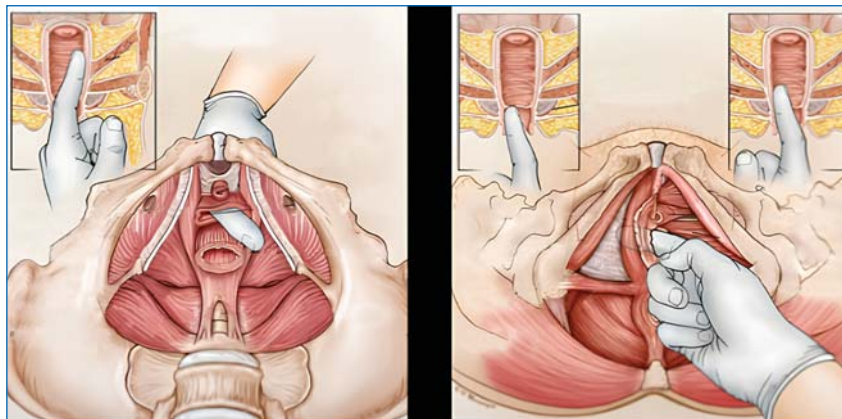


Рис. 5. Виявлення тригерних точок при вагінальному дослідженні

ній зовнішній трикутній ділянці від великої статевої губи до стегна, навколо ануса. При пальпації біль може бути локальним або іррадіюючим (віддалений від тригерної точки). Не завжди на стінці піхви можна пропальпувати (рис. 5) напружені «м'язові тяжі» (на дотик відчуваються як «вузлики» або «спазми» м'язів, орієнтир — завжди раптовий різкий біль). Якщо задіяна фасція, може при пальпації відчуватись «твердість» або «рубцеподібна» структура.

Може мати місце феномен «сателітних» точок: вторинні тригерні точки, які з'являються через постійну іррадіацію болю.

Загальні принципи пальпації: пацієнтка на гінекологічному кріслі або лежачи на спині із зігнутими в колінах ногами. Важливо забезпечити комфорт та знизити м'язову напругу.

Методика пальпації: легке натиснення кінчиками пальців та поступова оцінка структури м'язів, наявності вузликів, спазмів чи зон підвищеної чутливості.

Оцінка болю: іррадіація болю, що збігається з типовими патернами тригерних точок, відчуття «збільшеного тиску» або локального дискомфорту.

Діагностика гіпертонусу (тригерних точок) окремих м'язів тазового дна:

- *levator ani* (підіймач ануса): пальпація через піхву або пряму кишку, палець розміщується всередині піхви під кутом приблизно 45°, здійснюється оцінка напруження та вузликів уздовж задньо-медіальної стінки таза; клінічні ознаки включають —

виявлення болючих вузликів у м'язі, біль може віддавати у піхву, промежину чи анус;

- *соссудеус* (куприковий м'яз): пальпація через піхву або з боку промежини, натискання здійснюється у напрямі куприка та бокових поверхонь крижової ділянки; ознаки обструкції чи тригерної точки включають: локальний біль або відчуття «тягнучого» дискомфорту, іррадіація болю в куприк або сідниці;
- *piriformis* (грушоподібний м'яз): пальпація через ректальний доступ або через зовнішні тканини, при ректальній пальпації — фокус на бокових стінках таза, приблизно на рівні крижів; за позитивного тесту Файрбенкса (Freiberg's test) — біль при внутрішній ротації стегна у положенні розгинання; за позитивного тесту Пейсса (Pace's Test) — біль при опорі на відведення та зовнішню ротацію стегна; за позитивного прямого тесту натягу — підняття прямої ноги лежачи може провокувати біль;
- *obturator internus* (внутрішній затульний м'яз). Вагінальна пальпація: розташування пальця на бокових стінках піхви, на рівні задньо-бокових ділянок; здійснюється провокація болю при легкому натисканні. Ознаки обструкції чи наявності тригерної точки: локальна болючість або іррадіація у пахову ділянку, передню частину стегна, напруження, що обмежує зовнішнє обертання стегна. Функціональні тести: під час внутрішньої або зовнішньої ротації стегна виникає біль. Пряма активація: пацієнтка відчуває біль при стисканні ніг або спробі виконання рухів, що активують м'яз.



За необхідності, для доповнення діагностики можна застосовувати й інструментальні методи. Біологічний зворотний зв'язок (biofeedback) використовується для оцінки гіперактивності або слабкості м'язів тазового дна. Ультразвукове дослідження тазового дна допомагає візуалізувати зміни у м'язовій та фасціальній тканині і діагностувати ендометріоз та інші патологічні стани. Електроміографія може виявляти тригерні точки через аномальну електричну активність. Магнітно-резонансна або комп'ютерна томографія органів малого таза може використовуватися з метою оцінки складних клінічних випадків, зокрема для виключення компресії нерва. У складних випадках можна вдаватися до діагностичної лапароскопії.

Лікування

До загальних принципів лікування хронічного тазового болю належать [Maskey S., 2024; Shannon L. et al., 2019]:

- раннє мультидисциплінарне залучення спеціалістів — гінекологів, фахівців з болю, фізіотерапевтів, неврологів, психологів, дієтологів та інших;
- уникнення зайвого хірургічного втручання, якщо немає чітких показань;
- врахування психологічного стану та емоційного здоров'я як невід'ємної частини плану лікування;
- необхідність адаптувати лікування відповідно до встановленої причини;
- медикаментозне лікування має включати нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), антидепресанти, міорелаксанти, гормональні засоби (комбіновані пероральні контрацептиви або прогестини при підозрі на ендометріоз, агоністи або антагоністи гонадотропін-рилізінг-гормону у рефрактерних випадках; при невропатичному болю — габапентин, прегабалін або амітриптилін при неефективності лікування та хронічному больовому синдромі);
- немедикаментозні методи лікування — фізіотерапія (вправи Кегеля не в гострому періоді), електростимуляція для зменшення напруження;
- психологічна підтримка — когнітивно-поведінкова терапія для полегшення сприйняття болю та пов'язаних з ним психічних розладів;
- модифікація дієти — при симптомах, пов'язаних із синдромом подразненого кишківника краще застосовувати дієту FODMAP;

- мануальна терапія — міофасціальний реліз, міофасціальне розслаблення (myofascial release, терапія м'язів тазового дна для зменшення напруження у фасціях, розтягування фасцій, масаж тригерних точок);
- інтервенційні процедури: лапароскопія (для діагностики та лікування ендометріозу), ін'єкції ботулотоксину у тригерні точки, ін'єкції місцевих анестетиків або стероїдів у ділянку Alcock's каналу та блокади нервів (сідничного або крижового) при рефрактерному болю, застосування підтримуючих пристроїв (наприклад, пессарії для профілактики пролапсу);
- хірургічне лікування за ендометріозу та інших станів, реконструкція ушкоджених фасцій, хірургічна декомпресія нервів, розсічення грушоподібного м'яза при стійкому больовому синдромі та інші методики;
- лазерна терапія, що покращує стан тканин і фасцій у неінвазивний спосіб;
- голковколювання для розслаблення м'язів і зменшення активності тригерних точок.

Якісна допомога за хронічного тазового болю вимагає довгострокового спостереження та лікування:

- необхідне регулярне спостереження для моніторингу прогресування симптомів та побічних ефектів лікування;
- у випадку, якщо симптоми не зникають, необхідно перевірити, чи враховані причини їх виникнення;
- необхідно застосовувати реабілітаційні заходи, що направлені на покращення функцій та якості життя пацієнта;
- варто враховувати потребу у зміні способу життя: управління стресом, йога, дихальні вправи, ергономічна корекція постави та фізичної активності, навчання пацієнтки зменшувати напруження м'язів тазового дна.

Прикладом комплексної схеми медикаментозного лікування МФС при ендометріозі може бути застосування різних варіантів гормональної терапії — Савіс (дієногест 2 мг) в безперервному режимі тривало, Силует (комбінований пероральний контрацептив з дієногестом та мінімальною кількістю естрогенів), Рієко (агоніст гонадотропін-рилізінг гормону), а також курсова терапія Мі-

докалм (міорелаксанти), Аертал (НПЗП) та габапентин, прегабалін.

Мідокалм® (толперизон) застосовується для симптоматичного лікування спастичних станів при МФС і має центральний механізм дії. Проте, порівняно з іншими міорелаксантами, толперизон чинить значно менш виражений вплив на погіршення моторики і характеризується відсутністю седації. Важливою ознакою Мідокалм® є здатність знижувати центральну сенситизацію, збудливість центральних ноцицептивних нейронів, надходження больових імпульсів до ЦНС, покращувати периферичний кровообіг, що перешкоджає хронізації болю. Мідокалм — центральний антагоніст нікотинінових рецепторів, інгібітор мультинейронних синапсів, натрієвих і кальцієвих каналів. Забезпечує блокаду потенціалозалежних Na⁺-каналів у комбінації з пригніченням Ca²⁺-каналів — знижує активність спінальних нейронів, що беруть участь у формуванні спазму, шляхом обмеження потоку натрію через мембрану нервових клітин. Мідокалм може застосовуватися не лише для усунення спазму, а й для лікування нейропатичного болю, тому діє і на ноцицептивну передачу з додатковою перевагою центральної міорелаксуючої дії без загального ефекту седації зі збереженням працездатності. Мідокалм використовується як при м'язових спазмах центрального (за розсіяного склерозу, бокового аміотрофічного склерозу, інсульту), так і периферичного генезу (в разі люмбаго, ішіалгії, спондилоартритів, міофасціального болю). Комбінація Мідокалму з Аертал (НПЗП) (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 [Gusev E. et al., 2013]. Таким чином, основні переваги Мідокалму: не чинить седативного ефекту, не збільшує часу реакції, тому і не впливає на керування, не спричиняє слабкості та не пригнічує розумової діяльності [Dulin J. et al., 1998]. В перші 7 днів Мідокалм можна призначати внутрішньом'язово (2 рази на добу) з подальшим переходом на пероральну форму до 450 мг/добу (1 т x 3 рази на добу 14 днів).

Аертал (Ацеклофенак) належить до групи НПЗП, має виражену протизапальну



та анальгезуючу дію. Аертал блокує циклооксигеназу, що зменшує синтез простагландинів — медіаторів запалення та болю. Аертал має унікальну формулу зі структурними особливостями, які сприяють його покращеній безпеці для шлунково-кишкового тракту. Він більш обережно «ставиться» до захисних факторів слизової оболонки шлунка, таких як гексозаміни, порівняно з диклофенаком. Тому Аертал добре переноситься при тривалому використанні. Аертал має менший ризик шлунково-кишкових ускладнень порівняно з деякими іншими НПЗП, наприклад, диклофенаком, що продемонстрували порівняльні ендоскопічні та клінічні дослідження. Наприклад, у багатоцентровому дослідженні за участю понад 10 000 пацієнтів ураження слизової спостерігали у 20 % пацієнтів, які протягом двох тижнів отримували ацефенак, порівняно з 50 % у групі диклофенаку. Також було виявлено, що ризик шлунково-кишкової кровотечі значно нижчий при використанні ацефенаку, ніж диклофенаку. Так, у 10-денному дослідженні, спостерігалось менше побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту, таких як диспепсія, нудота та біль у животі, порівняно з групою диклофенаку. Ці дані свідчать про кращу переносимість та менші ризики припинення лікування через побічні ефекти у групі ацефенаку [Grover A. et al., 2022]. Аертал може знижувати запалення в зоні уражених м'язів і фасцій, а також зменшувати біль, спричинений гіпертонусом м'язів або активними тригерними точками.

Ендометріоз — хронічне захворювання, пов'язане із запаленням, яке може супроводжуватися інтенсивним больовим синдромом та МФС. У літературі зазначено, що НПЗП ефективно зменшують біль і запалення у пацієнтів із МФС, особливо в комбінації з фізіотерапією та міофасціальним релізом. Аертал може бути ефективним для контролю запалення і болю при ендометріозі завдяки своїй здатності пригнічувати синтез простагландинів, які відіграють важливу роль у патогенезі захворювання. Застосування Аертал, у поєднанні із Савіс (дієногест, гормональна терапія) або Силует (комбінований пероральний контрацептив з дієногестом) або Рієко (агоніст гонадотропін-релізінг гормону) може забезпечити кращий контроль симптомів ендометріозу. Але слід пам'ятати, що вибір НПЗП має здійсню-

ватися із врахуванням індивідуальних ризиків і переваг пацієнта. Аертал має 3 форми випуску (швидкорозчинні саше, таблетки та крем), що зручно для тривалого лікування болю та запалення.

При ендометріозі кращим вибором є Савіс — безпечний прогестин з доведеною ефективністю, адже мова йде про тривале застосування. Важливо, що для Савісу була підтверджена порівнянна біоеквівалентність (за швидкістю ступеня всмоктування, переносністю та іншими параметрами) з еталонним препаратом (дієногест 2 мг). За даними порівняльного дослідження, обидва препарати добре переносилися без серйозних побічних ефектів (Gedeon Richter Plc. Data on file. Randomized, open-label, 2-way crossover bioequivalence study of dienogest 2 mg film-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). Дієногест — єдиний прогестин, що спеціально розроблений для лікування ендометріозу, і є препаратом першої лінії в рекомендаціях Європейського Товариства Репродукції Людини та Ембріології 2022 року. Савіс має певну перевагу, тому що лікування ендометріозу тривале, а для пацієнтів і лікарів важливим є комплаєнс та економічність терапії. Савіс демонструє добрий терапевтичний ефект без підвищення тромботичних ризиків, гальмує проліферацію естроген-індукованого ураження і зменшує біль, пов'язаний з ендометріозом [Fedotcheva T.A. et al., 2018]. Серед пероральних прогестинів дієногест постійно вивчається в клінічних дослідженнях лікування ендометріозу [Andres P. et al., 2015; McCormack P. L., 2010; Bizzarri N. et al., 2014]. Савіс пригнічує ріст ендометріюїдної тканини, викликаючи децидуалізацію і атрофію ендометріюїдних вогнищ, пригнічує імплантацію ектопічного ендометрія і блокує ангіогенез. Препарат значно знижує рівень естрогену в ендометріюїдній тканині, пригнічуючи ароматазу і 17 β -гідроксистероїддегідрогеназу типу 1 в стромальних клітинах ендометрію яєчників, збільшує апоптоз ендометріюїдних клітин і знижує продукцію прозапальних цитокінів ендометріюїдними стромальними клітинами, що може гальмувати прогресування процесу, так як це основні механізми патогенезу захворювання [Miyashita M.

et al., 2014]. Одне з важливих питань в лікуванні ендометріозу — це подолання резистентності до прогестерону. Важлива відмінна риса дієногесту (Савіс) — здатність поліпшення чутливості препарату до дії прогестерону в ендометріюїдній тканині шляхом збільшення співвідношення ізоформ В/А рецептора прогестерону [Hayashi A. et al., 2012]. Савіс таким чином усуває можливу резистентність до прогестерону і суттєво знижує рівень естрадіолу в крові при лікуванні дієногестом в дозі 2 мг/добу до 36 ± 13 пг/мл (прийом упродовж 36 місяців) і до 28 ± 12 пг/мл через 60 місяців [Römer T., 2018], тобто рівні естрадіолу зберігаються в межах «терапевтичного вікна» відповідно до теорії порогу Барбієрі (30–50 пг/мл) [Barbieri R. L., 1992]. Це не викликає симптомів дефіциту естрогенів але пригнічує ріст ендометріюїдних гетеротопій без побічних ефектів [Römer T., 2018].

Міфи, які можуть нашкодити при лікуванні МФС:

- якщо пролапс і м'язи слабкі, вони обов'язково перебувають в гіпотонусі. Проте, може бути гіпертонус і певна невідповідна реакція на регуляцію (тому вправи Кегеля не можна робити при міофасціальному синдромі за активних тригерних точок, вони мають бути наступним етапом лікування);
- м'язи тазового дна можна тренувати за рахунок утримання і призупинення сечовипускання. Це небезпечна рекомендація, адже процес сечовипускання дуже складний та має центральні та периферичні механізми регуляції, тому це може призвести до функціональних порушень сечовипускання;
- вправи Кегеля є універсальними, їх можуть виконувати всі. Як було зазначено вище, вправи Кегеля не варто виконувати в гострому періоді міофасціального синдрому.

Висновки

Ендометріоз, як складне мультифакторне захворювання, часто асоціюється з хронічним тазовим болем, включаючи міофасціальний синдром, що вимагає комплексного, персоналізованого підходу до лікування. Ефективне управління захворюванням передбачає застосування як патогенетичної, так і симптоматичної терапії, спрямованої



на контроль болю, зменшення запалення та поліпшення якості життя пацієнток. Савіс є ключовим елементом патогенетичного лікування ендометріозу завдяки його антипроліферативній дії, що забезпечує контроль за патологічним ростом ендометріїдної тканини. Використання дієногесту в безперервному режимі значно зменшує інтенсивність тазового болю, сприяє зниженню частоти рецидивів та покращує якість життя пацієнток. Тривалий прийом Савіс рекомендовано як ефективний і безпечний підхід до лікування ендометріозу, особливо при необхідності мінімізації гормональних коливань. Савіс також має сприятливий профіль безпеки, що робить його оптимальним вибором для тривалого лікування. Гормональної терапії при такому мультифакторному захворюванні як ендометріоз недостатньо, тому застосовуються інші медикаментозні препарати. Мідокалм (міорелаксant) ефективний у зниженні м'язового спазму, що є по-

ширим компонентом міофасціаль-ного болю при ендометріозі. Аертал забезпечує контроль запалення та болювого синдрому, зменшуючи набряк тканин і підвищуючи комфорт пацієнток. Габапентин, прегабалін використовуються для контролю нейропатичного болю, який може супроводжувати хронічний тазовий біль, пов'язаний із залученням периферичних нервів. Комбінація Савісу із симптоматичними засобами, такими як Мідокалм, Аертал та габапентин, прегабалін забезпечує багатовекторний вплив на етіопатогенетичні механізми ендометріозу. Це дозволяє не лише контролювати симптоми, а й уповільнити прогресування захворювання.

Таким чином, залучення дієногесту (Савіс) до комплексного лікування ендометріозу є важливою складовою стратегії терапії, що забезпечує тривалий контроль захворювання та покращення якості життя пацієнток. Сучасні

протоколи лікування підкреслюють значення індивідуального підходу з урахуванням клінічних проявів та коморбідних станів.

Немедикаментозні методи лікування, які переважно ґрунтуються на інтеграції «анатомічних потягів» у терапевтичну практику (в фізіотерапії, йозі, мануальній терапії, остеопатії і спортивній реабілітації) сприяють відновленню оптимальної механіки руху через баланс між напруженням і розслабленням в міофасціальних лініях. Використання знань про «анатомічні потяги» в мануальній терапії через вправи, розтягнення і масаж покращують функціональність, еластичність фасцій та м'язів, що важливо для усунення МФС, який супроводжує ендометріоз.

«Пацієнт з болем не є пасивним учасником лікування, повноцінне життя вимагає від нього активної участі в процесі одужання» [Mackey S., The 2024].

Надійшла: 19.12.2024

Відомості про авторів

Ольга Олександрівна Білодід, онкогінеколог, к. мед. н., доцент кафедри онкології, променевої терапії, онкохірургії та паліативної допомоги ХНМУ, член Американської та Міжнародної асоціації з кольпоскопії та цервікальної патології (ASCCP та IFCCP), Голова Харківського регіону з кольпоскопії та цервікальної патології УАКЦП, директор Харківського передпухлинного центру «МОЛЕКУЛА», лауреат премії «Фаворити Харкова» в номінації «Лікар року 2018».

Адреса: 61000, м. Харків, вул. Гоголя, 7

Ольга Олександрівна Гордійчук, невролог, к. мед. н., доцент кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

E-mail: ogordok@gmail.com

IGCS INTERNATIONAL
GYNECOLOGIC
CANCER SOCIETY

Кейптаун, Південна Африка
5–7 листопада 2025
<https://igcsmeeting.com>

Щорічна глобальна зустріч
Міжнародного товариства
гінекологів-онкологів

