

Тазовые боли у женщин: вопросы диагностики и лечения

Е.Л.Яроцкая[✉]

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

В статье представлены частота и классификация тазовых болей у женщин, этиологические факторы, современные представления о патогенезе синдрома хронической тазовой боли. Освещен современный интегрированный подход к тактике ведения пациенток с тазовыми болями, включая расширенное обследование и мультидисциплинарный подход к лечению и реабилитации. Приведены принципы хирургического лечения, медикаментозной терапии, физиотерапевтической и психологической реабилитации.

Ключевые слова: тазовые боли, синдром хронической тазовой боли.

[✉]inter_otdel@mail.ru

Для цитирования: Яроцкая Е.Л. Тазовые боли у женщин: вопросы диагностики и лечения. Consilium Medicum. 2016; 18 (6): 82–86.

Pelvic pain in women: diagnosis and treatment issues

E.L.Yarotskaya[✉]

V.I.Kulakov Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Akademika Oparina, d. 4

The article presents the epidemiology and classification of pelvic pain in women, etiological factors, current concept of pathogenesis of chronic pelvic pain syndrome. To-date integrated approach to management of patients with pelvic pain, including extensive examination and multidisciplinary approach to treatment and rehabilitation is elucidated. The principles of surgical treatment, drug therapy, physiotherapy and psychological rehabilitation are covered.

Key words: pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome.

[✉]inter_otdel@mail.ru

For citation: Yarotskaya E.L. Pelvic pain in women: diagnosis and treatment issues. Consilium Medicum. 2016; 18 (6): 82–86.

Введение

Практически каждый гинеколог сталкивается в своей практике с проблемой тазовых болей у своих пациенток. Абсолютное большинство женщин связывают тазовые боли с неблагоприятием репродуктивной сферы, и именно это является основной причиной их обращения к гинекологу. Действительно, тазовые боли являются одним из наиболее частых симптомов большинства гинекологических заболеваний, хотя могут быть вызваны и другими причинами, а иногда носят необъяснимый, или идиопатический, характер. Лечение (даже при установленной патологии) не всегда устраняет или облегчает боли, из-за чего серьезно страдает качество жизни женщин.

Терминология и классификация

Международная ассоциация по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP) определяет боль как «неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или возможным повреждением тканей и описываемое в терминах такого повреждения». Тазовые боли подразумевают боли в нижних отделах живота и/или спины, и/или в области таза. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «тазовая боль» встречается в классе XVIII («Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»), в блоке R10-R20 (боли в области таза и промежности; боли, локализованные в других областях нижней части живота). Боль как явление, связанное с женскими половыми органами и менструальным циклом, выделена в МКБ-10 в отдельную категорию, включающую *mittelschmerz*, дисменорею, диспареунию, синдром предменструального напряжения, вагинизм, другие уточненные и неуточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом (класс XIV, N94).

Острая боль характеризуется локализованностью, приступообразным или внезапным началом, значительной интенсивностью, как правило, пропорциональной повреждению органа или тканей, и быстрым разрешением в результате выздоровления. Хроническая тазовая боль

(ХТБ), согласно определению из классификации хронических болевых синдромов, предложенной IASP [1], представляет собой патологическое состояние, проявляющееся постоянными или циклическими болями в нижних отделах живота и поясницы, существующими не менее 6 мес.

ХТБ может быть подразделена на следующие варианты:

- 1) ХТБ, сопутствующая четко определенным заболеваниям;
- 2) ХТБ в отсутствие таковых.

Для 1-го варианта IASP предложено определение «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием»; для 2-го – «синдром ХТБ» [1, 2].

Эпидемиология

Частота встречаемости ХТБ у женщин репродуктивного возраста варьирует, по данным систематического обзора 2014 г., от 5,7% в Австрии до 26,6% – в Египте. Эпидемиологические оценки затруднены в связи с недостаточностью статистических данных, отсутствием системы регистрации и консенсуса в отношении определений ХТБ и синдрома ХТБ [2, 3].

Этиология и патогенез

По происхождению тазовые боли подразделяются на:

- соматические – исходящие от соматических структур, находящихся между (и включая их) париетальной брюшиной и кожей стенок таза (костей, мышц, фасций и сухожилий, соединительной и жировой ткани, стенок сосудов) [4];
- висцеральные – исходящие от внутренних органов таза и брюшной полости;
- нейрогенные – возникающие вследствие механического раздражения или поражения компонентов периферической или центральной нервной системы (ЦНС);
- психогенные, обусловленные поражениями психической сферы.

Причиной тазовой боли при гинекологических заболеваниях может быть механическое раздражение болевых рецепторов внутренних органов и соматических структур в результате спазмов, сдавления, растяжения, измене-

ния кровоснабжения (ишемия, венозный застой), физико-химическое раздражение биологически активными веществами – продуктами воспаления или поврежденных тканей: калием, гистамином, серотонином, простагландинами.

Острое начало боли характерно для многих неотложных состояний в гинекологии – перфораций или разрывов опухолей и опухолевидных образований яичников, перекрута их анатомических ножек, апоплексии яичника, внутрибрюшного кровотечения, острых гнойных заболеваний тазовых органов, рождающегося подслизистого миоматозного узла и других, представляющих собой осложнения заболеваний, могущих существовать достаточно продолжительное время. Острая боль также может сопутствовать вполне физиологическим процессам, таким как овуляция (*mittelschmerz*) и менструация. Разновидностью острой ноцицептивной боли является и послеоперационная боль.

Хронические висцеральные боли могут быть обусловлены следующими гинекологическими заболеваниями: миома матки, опухоли и кисты яичников, пороки развития гениталий и другие состояния, сопровождающиеся нарушением оттока менструальной крови, неправильные положения внутренних половых органов, гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, наружный и внутренний эндометриоз. Нередко имеет место сочетанная гинекологическая патология, причем каждое из заболеваний может быть причиной болей. Наличие сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологии (грыж, заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей, остеохондроза позвоночника и др.) может существенно затруднить определение истинной причины болей. Наиболее частые негинекологические причины висцеральной тазовой боли – заболевания нижних отделов системы мочевого выделения, желудочно-кишечного тракта; соматической – заболевания позвоночника, грыжи передней брюшной стенки, забрюшинные образования.

Послеоперационная боль, являясь изначально острой, иногда дает начало *невропатической* или другим типам боли.

Психогенная боль – это исключительно эмоциональное переживание, вызванное эндогенным или экзогенным повреждением эмоционально-аффективной сферы. Психогенная тазовая боль может возникать как бред или галлюцинация при шизофрении, но наиболее часто встречается в рамках невротических тревожно-фобических расстройств, а также при аффективных психозах, компонентом которых является депрессия (циклотимия, дистимия, маниакально-депрессивный психоз). Отдельно выделяются состояния, которые не могут быть однозначно отнесены ни к психической, ни к физической сфере, квалифицирующиеся как «психосоматические расстройства»:

- 1) соматизация психических нарушений;
- 2) развитие соматической патологии под влиянием психогенных факторов;
- 3) психические расстройства, отражающие реакцию на соматическое заболевание (соматогении) [5].

Большинство гинекологических заболеваний существует в течение продолжительного времени до установления диагноза, поэтому и боли, сопутствующие им, носят хронический характер. Болевые симптомы могут принимать стойкий характер и не всегда прекращаются после ликвидации первичного анатомического очага. Постепенно происходит расширение рецепторного поля и развиваются аллодиния (интерпретация неболевых стимулов как болевых), нейрогенное воспаление в зонах идентичной иннервации, отраженная гипералгезия незаинтересованных органов [6–8], примером которого может служить часто обсуждаемая в литературе триада: дисменорея – синдром раздраженного кишечника – интерстициальный цистит [9, 10].

Потоки импульсов, постоянно или периодически в течение длительного времени поступающие в кору головного мозга, приводят к нарушению нормальных взаимоотношений между корой и подкоркой и развитию невротических состояний. В этой ситуации развитие болей в большей степени обусловлено нарушениями взаимодействия антиноцицептивной и ноцицептивной систем на разных уровнях, и правомочно говорить о формировании синдрома ХТБ, признаками которого являются [3, 11, 12]:

- Постоянный или постоянно-циклический характер болей.
- Длительность 6 мес и более.
- Вегетативные признаки депрессии: бессонница, анорексия и психомоторное торможение.
- Декомпенсация качества жизни по большинству категорий.

Тактика ведения гинекологических больных с тазовыми болями Обследование

Причина проблемы больной в большинстве случаев может быть установлена при тщательном сборе анамнеза и физикальном исследовании. К обследованию следует привлекать врачей других специальностей – общих хирургов, онкологов, урологов, невропатологов и психиатров.

При опросе особое внимание следует уделять хронологии болей (когда и какие компоненты добавлялись, в связи с какими событиями или факторами – физическими, психосоциальными, сексуальными) и субъективной оценке болей с помощью шкал или балльных систем.

Пациентку с тазовыми болями следует также подвергать психометрической оценке личности, которая включает психоэмоциональное тестирование (с помощью шкал тревожности и депрессии и ежедневной оценки сна) и оценку основных категорий качества жизни (физической активности, трудоспособности, сексуального, семейного и социального функционирования). Показано исследование функционального состояния ЦНС и вегетативной регуляции.

При подозрении на психогенный характер тазовых болей можно применить следующие диагностические критерии: характер патологических ощущений, не свойственный тазовой патологии; несоответствие жалоб объективным данным обследования; наличие психопатологических симптомов (бред, навязчивая идея); «ножницы» между динамикой психического расстройства и клиническим течением основного заболевания. При наличии этих критериев к обследованию пациентки необходимо привлечь психиатра.

Углубленное обследование должно включать применение специальных методов визуализации: ультразвукового исследования (желательно с выполнением цветного доплеровского картирования) [13], магнитно-резонансной томографии (МРТ) и спиральной компьютерной томографии (КТ), ангиографии. Каждый из методов имеет специальное значение при конкретной патологии. Так, спиральная КТ позволяет в ходе одной диагностической процедуры получить представление о большинстве органов и систем организма и изменении их анатомо-топографических взаимоотношений в результате патологического процесса (например, при распространенном эндометриозе, сложных пороках, тяжелом спаечном процессе, синдроме остатков яичниковой ткани, варикозном расширении тазовых сосудов). Возможности МРТ в дифференцировке мягких тканей, в частности мышечных и фасциальных структур тазового дна и передней брюшной стенки, имеют важное значение для выявления неманифестных грыж и других дефектов; кроме того, этот метод эффективно применяется при патологических процессах ЦНС и скелетно-мышечной системы [14]. Важную информацию о состоя-

нии нижних отделов толстого кишечника и мочевыводящих путей представляют эндоскопические исследования (цистуретроскопия, ректороманоскопия, колоноскопия).

В некоторых случаях показано специальное неврологическое обследование, включающее неврологические тесты и диагностические блокады нервных сплетений, для исключения костно-мышечных, мышечно-фасциальных или невропатических болей [4].

Наконец, уникальные диагностические возможности предоставляет лапароскопия, которая позволяет уточнить, установить или отвергнуть возможные причины болей, не диагностируемые другими методами обследования [15]. При любой гинекологической патологии в алгоритм обследования целесообразно включать гистероскопию [15] для выявления возможной внутриматочной патологии.

Комплексное применение инструментальных методов позволяет установить характер всей имеющейся патологии, степень поражения органа, вовлечение соседних структур, разработать индивидуальную лечебную тактику, рационально спланировать хирургическое вмешательство.

Общие принципы

После завершения обследования следует оценить долевое участие в развитии тазовых болей гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, степень психоэмоциональных расстройств, сексуальной дисфункции, семейной и социальной дезадаптации и определить тактику лечения, подход к которому, независимо от того, сформировался ли болевой синдром или имеет место умеренно выраженная болевая симптоматика, не должен быть редуцированным – «найти единственную причину и устранить ее». Интегрированный подход подразумевает интеграцию всех компонентов в единый болевой процесс, что требует одновременного внимания и работы с максимально возможным числом компонентов [16–18]. Программы лечения, независимо от характера выявленной патологии, могут включать операцию или лекарственную терапию (или их комбинации), направленную на коррекцию физической патологии, меры по устранению функциональных расстройств, агенты, модулирующие центральный ответ на болевые импульсы (анальгетики, антидепрессанты), физиотерапевтические лечебные и профилактические мероприятия, а также психологическую реабилитацию на протяжении всего лечения.

Хирургическое лечение

Оперативное вмешательство показано не только при ряде установленных гинекологических заболеваний, но и при тазовых болях неясной (несмотря на расширенное обследование с помощью современных методов визуализации) этиологии. Лапароскопия в связи с широкими диагностическими возможностями является приоритетным доступом, даже если коррекция основной патологии может быть выполнена другим адекватным доступом, например влагалищным [15]. В алгоритм обследования и лечения целесообразно включать гистероскопию с целью выявления и устранения возможной внутриматочной патологии [15].

Оптимальная хирургическая тактика у пациентов с ХТБ состоит в полном удалении патологических очагов после предварительной беспристрастной оценки анатомической ситуации. Вся сопутствующая гинекологическая и экстрагенитальная патология, не требующая отдельного сложного или этапного вмешательства с применением специальных хирургических технологий, должна быть устранена одновременно с хирургической коррекцией основного заболевания [19]. Должен быть произведен лизис всех видимых и доступных спаек, устранены дефекты брюшины. При наличии варикоза тазовых сосудов возможна их экстраперитонеальная резекция, или лапароскопическое лигирование яичниковых вен, или их эмболизация,

или склерозирование яичниковых вен под контролем флебографии [20, 21].

С целью прерывания потоков афферентных импульсов от внутренних половых органов могут применяться как самостоятельно, так и в сочетании с основным вмешательством следующие денервационные процедуры: рассечение (или иссечение) крестцово-маточных связок, пресакральная неврэктомия и др. [22].

Выбор объема вмешательства должен основываться исключительно на характере выявленной патологии, репродуктивном статусе, возрасте, но не должен зависеть от степени тяжести ХТБ или синдрома ХТБ. У пациенток репродуктивного возраста, если это целесообразно, следует выполнять органосохраняющие операции.

Современные технологии позволяют выполнить любую операцию минимально травматично. Рациональное применение современных технологий (хирургических энергий, синтетических барьеров, клеевых композиций и шовного материала) значительно снижает частоту и степень распространения послеоперационных спаек, обеспечивает высокую анатомичность операции, адекватное заживление раны и функциональную полноценность органа, что является важным аспектом как лечения, так и профилактики тазовых болей.

Медикаментозная терапия

Лекарственная терапия может быть основным или дополнительным компонентом программы лечения [23]. Цель гормональной терапии – устранение гормонального дисбаланса путем ингибирования стероидогенеза в яичниках и создании гипоэстрогенного состояния [24]. В частности, для лечения персистирующих болевых симптомов после удаления очагов эндометриоза (особенно если радикальное иссечение не было выполнено по какой-либо причине), в качестве альтернативы хирургическому лечению при аденомиозе и миоме матки, нестабильной функциональной активности яичников с образованием функциональных кист и апоплексией, а также при таких состояниях, как межменструальные боли и первичная дисменорея, и в качестве эмпирического лечения болевых симптомов, предположительно связанных с эндометриозом или синдромом остатков яичниковой ткани, применяются оральные контрацептивы, антигонадотропины (Дановал или его аналоги), агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, гестагены (Диенгест, Неместран) [18, 25–27]. Подбор препарата осуществляется с наименее агрессивных агентов, строго индивидуально, с учетом возможных побочных эффектов. В частности, терапию Дановалом или его аналогами нельзя рекомендовать пациенткам с заболеваниями пищеварительной системы и гиперандрогенией, а агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона следует с осторожностью назначать больным с нарушениями функционального состояния ЦНС и вегетативной регуляции, которые, часто являясь компонентом болевого синдрома, могут усугубляться на фоне приема препаратов этой группы.

Крайне важна роль патогенетической лекарственной терапии, направленной на компенсацию недостаточности антиноцицептивной системы при хронических болях, включающей анальгетики, анестетики, антидепрессанты и седативные или анксиолитические препараты [28]. Важными принципами этого блока лекарственной терапии являются: регулярный (курсами по 3–6 мес в течение 5–7 дней каждый месяц) прием препаратов, применение сильнейшего агента при острой боли, а при хронической, напротив, начало лечения с наиболее мягкого препарата.

Особое место в терапии тазовых болей отводится нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП). Результатом периферического и центрального действия современных НПВП является снижение уровня проста-

гландинов. Кроме того, применение НПВП патогенетически обосновано для лечения ряда гинекологических заболеваний (эндометриоза, миомы матки и др.) в связи с ингибирующим воздействием на синтез простагландинов, факторов роста, ангиогенеза и других факторов инвазии. Эффективность НПВП при альгодисменорее обусловлена их способностью снижать гипоксию, сократительную активность, спазм миометрия и его сосудов. Преимущества современных НПВП, таких как нимесулид и декскетопрофен, перед другими НПВП состоят в быстроте наступления обезболивающего эффекта и менее выраженных побочных действиях. Декскетопрофен также препятствует формированию «болевого памяти» и хронизации болей. Наличие разнообразных фармацевтических форм этих препаратов (гранулированной – для немесулида, таблетированной и инъекционной – для декскетопрофена) позволяет использовать их как изолированно, так и в различных комбинациях друг с другом и другими анальгетиками для терапии острой боли, в том числе послеоперационной, «упреждающей» анальгезии перед операцией и для курсовой терапии ХТБ [29]. Комбинация декскетопрофена с опиоидными анальгетиками, применение которых в неонкологической гинекологической практике ограничено, главным образом, послеоперационным периодом, позволяет снизить дозы последних на 30–45% [30].

Для снятия боли, обусловленной спазмом мышц при мышечно-тонических и миофасциальных синдромах, применяют миорелаксанты и антиконвульсанты, при лечении нейрогенных болевых синдромов – блокаторы кальциевых и натриевых каналов (антиаритмики и антигипертензивные препараты) как средства, подавляющие патологическую активность периферических пейсмекеров и агрегатов гипертонических нейронов и стабилизирующие оболочку нерва; спазмолитики – при лечении спастических болей, в том числе при дисменорее и синдроме раздраженного кишечника. Местное введение кортикостероидов и анестетиков рекомендуется при периферических нейрогенных болях, для блокад нервных сплетений, инактивации триггерных точек при миофасциальных болевых синдромах, инстилляций при интерстициальном цистите. Нейрообластные или нейролитические процедуры, которые могут выполняться в амбулаторных условиях, представляют собой медикаментозные методы прекращения проведения ноциогенных импульсов по нервным проводникам, для чего применяют спирт, фенол или гипертонический раствор.

Наиболее сложной задачей при лечении больных с тазовыми болями является воздействие на факторы, способствующие хронизации болевого синдрома, в первую очередь – нарушения деятельности вегетативной нервной системы и психоэмоциональные расстройства. Для компенсации дисфункции вегетативной нервной системы могут быть использованы симпатолитические или холинолитические средства, а также нейропротекторы и антиоксиданты, многие из которых обладают, не являясь психотропными препаратами, анксиолитическим действием.

При неврастении, а также коморбидных невросах тревожного типа оправдан выбор антидепрессантов в качестве основного средства терапии. В качестве начального этапа лечения больных – акцентированных или психопатических личностей, а также страдающих истерическими расстройствами, более приемлемы нейролептики и транквилизаторы/анксиолитики. Следует иметь в виду, что назначение психофармацевтических средств в настоящее время является прерогативой исключительно сертифицированных психиатров после соответствующего консультирования больных.

Подбор анальгетической и седативной терапии должен быть строго обоснован патогенетическим вариантом и взвешенной оценкой компонентов болевого синдрома, к

которой при необходимости следует привлекать невропатолога, психоневролога и по показаниям – психиатра.

Физиотерапевтическая реабилитация

Для активации структур антиноцицептивной системы, осуществляющих контроль за проведением ноцицептивной импульсации в ЦНС, сегодня широко используется целый спектр немедикаментозных средств. С учетом гетерогенности структур и механизмов, участвующих в формировании болевого синдрома, лечебными физическими факторами предлагается воздействовать на разных уровнях: периферическом (ноцицепторы и механорецепторы кожи и скелетных мышц), спинальном (задние рога спинного мозга), супраспинальном (гигантоклеточные ядра ретикулярной формации и таламуса), корковым (соматосенсорная кора). На периферическом уровне с целью блокады импульсации по ноцицептивным волокнам используют холодные и тепловые факторы (в том числе ультразвук), миопунктуру, триггер-пойнт-терапию, остеомиофасциальную акупунктуру, импульсные токи, низкочастотные синусоидальные модулированные и интерференционные токи, электрическое ультравысокочастотное поле, сверхвысокочастотную терапию, инфракрасное облучение, лазеротерапию, гальванизацию, электрофорез йода и анальгетиков.

Для реализации анальгезирующего эффекта на сегментарном уровне осуществляется воздействие на биологически активные точки и зоны, области сегментарно-метамерной иннервации, триггерные точки и соответствующие дерматомы диадинамическими токами, короткоимпульсной электроаналгезией, TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation), а также низкочастотными токами, акупунктурой, лазеротерапией, нейромышечной стимуляцией, глубоким ударным массажем и спрей-растяжением.

На уровне надсегментарной антиноцицептивной системы воздействие структуры, формирующей эмоциональные, сосудистые, вегетативные и тканевые компоненты ноцицептивных реакций, осуществляется с помощью транскраниальной электроаналгезии, электросонотерапии и воздействием некоторых бальнеологических факторов (йодо-бром, радон).

В последнее время все более широкое развитие и применение в лечении разнообразных болевых синдромов получают терапия, основанная на обеспечении биологической обратной связи (biofeedback), а также специальные лечебно-физкультурные комплексы.

Включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий патогенетически обоснованной физиотерапии способствует профилактике формирования синдрома ХТБ и благотворно отражается на результатах лечения гинекологических больных, страдающих ХТБ.

Психологическая реабилитация

Психологическое консультирование и реабилитация – обязательная составляющая программы ведения больных с тазовыми болями.

Подробные разъяснительные беседы с больной и ее родственниками в дружелюбной атмосфере касательно причин и механизмов развития болевого процесса, возможных вариантов лечения и перспектив течения заболевания, поощрение критической оценки больной своего состояния, создание адекватного и оптимистического настроения женщины на лечение в любом варианте, демонстрация интереса к другим сферам жизни пациентки, партнерский подход к принятию решений составляют суть рациональной (разговорной) психотерапии, которую должен проводить врач-гинеколог одновременно с консультированием по поводу основного заболевания. Недопустимы бездоказательная констатация психогенного происхождения болей и отказ больной в связи с этим в помощи или, напротив, возложение ответственности за боли целиком

на обнаруженную анатомическую патологию и императивная рекомендация хирургического вмешательства, особенно радикального, или лекарственной терапии. Следует уведомлять пациентку о возможной персистенции болей после любого варианта лечения и создать настрой на продолжение лечения другими методами в случае неполной эффективности. Если это возможно и целесообразно, следует предложить больной альтернативные опции лечения и информировать о всех возможных вариантах течения заболевания. В любом случае больная должна сама сделать информированный выбор, а задача врача – помочь ей в том, чтобы выбор оказался правильным.

При тяжелых психоэмоциональных расстройствах к психологической коррекции/реабилитации следует привлекать психологов или психотерапевтов [29].

Литература/References

- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition. Updates: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>
- Hooker AB, van Moorst BR, van Haarst EP et al. Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2013; 40 (4): 492–8.
- Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. Genital and sexual pain in women. *Handb Clin Neurol* 2015; 130: 395–412.
- Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstet Gynecol* 2013; 121 (3): 645–50.
- Шварц П.Г., Горячев Ф.К., Гурьев М.Н. и др. Дифференциальный диагноз психосоматического компонента «синдрома хронической тазовой боли». *Справ. врача общей практики*. 2013; 5: 12–21. / Shvarts P.G., Goriachev F.K., Gur'ev M.N. i dr. *Differentsial'nyi diagnoz psikhosomaticheskogo komponenta "sindroma khronicheskoi tazovoi boli"*. *Sprav. vracha obshchei praktiki*. 2013; 5: 12–21. [in Russian]
- Stratton P, Khachikyan I, Sinai N et al. Association of chronic pelvic pain and endometriosis with signs of sensitization and myofascial pain. *Obstet Gynecol* 2015; 125 (3): 719–28.
- Tachawiwat K, Cheewadhanarak S. Prevalence of irritable bowel syndrome among patients with mild-moderate and severe chronic pelvic pain. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (10): 1257–60.
- Tirlapur SA, Kuhrt K, Chaliha C et al. The 'evil twin syndrome' in chronic pelvic pain: a systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. *Int J Surg* 2013; 11 (3): 233–7.
- Шелковникова Н.В., Лушникова Е.Л., Пичигина А.К., Неймарк А.И. Структурно-функциональные основы синдрома хронической тазовой боли при сочетанном хроническом цистите и аденомиозе. *Бюл. эксперимент. биологии и медицины*. 2014; 158 (12): 704–9. / Shelkovnikova N.V., Lushnikova E.L., Pichigina A.K., Neimark A.I. *Strukturno-funktsional'nye osnovy sindroma khronicheskoi tazovoi boli pri sochetanom khronicheskom tsistite i adenomioze*. *Biul. eksperiment. biologii i meditsiny*. 2014; 158 (12): 704–9. [in Russian]
- Cheng C, Rosamilia A, Healey M. Diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome in women with chronic pelvic pain: a prospective observational study. *Int Urogynecol J* 2012; 23 (10): 1361–6. Epub 2012 Mar 8.
- Сафиуллина Г.И., Исхакова А.Ш. Медико-социальные аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2014; 1: 60–5. / Safiullina G.I., Iskhakova A.Sh. *Mediko-sotsial'nye aspekty sindroma khronicheskoi tazovoi boli u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta*. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2014; 1: 60–5. [in Russian]
- Cosar E, Çakır Güngör A, Gencer M et al. Sleep disturbance among women with chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 126 (3): 232–4.
- Yong PJ, Sutton C, Suen M, Williams C. Endovaginal ultrasound-assisted pain mapping in endometriosis and chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol* 2013; 33 (7): 715–9.
- Трофименко И.А., Шевченко А.В. Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин методом магнитно-резонансной томографии. *Бюл. сибирской мед.* 2012; 11 (S1): 126–8. / Trofimenko I.A., Shevchenko A.V. *Differentsial'naiia diagnostika khronicheskikh tazovykh bolei u zhenshchin metodom magnitno-rezonansnoi tomografii*. *Biul. sibirskoi med.* 2012; 11 (S1): 126–8. [in Russian]
- Макаров О.В., Хашукоева А.З., Зайцев А.В., Цомаева Е.А. Эндоскопические методы визуализации в комплексной диагностике синдрома хронических тазовых болей у женщин. *Лечащий врач*. 2011; 11: 36. / Makarov O.V., Khashukoeva A.Z., Zaitsev A.V., Tsomaeva E.A. *Endoskopicheskie metody vizualizatsii v kompleksnoi diagnostike sindroma khronicheskikh tazovykh bolei u zhenshchin*. *Lechashchii vrach*. 2011; 11: 36. [in Russian]
- Московенко Н.В., Безнощенко Г.Б. Интегрированный подход к лечению хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2011; 11 (5): 58–62. / Moskovenko N.V., Beznoshchenko G.B. *Integrirrovannyi podkhod k lecheniu khronicheskoi tazovoi boli u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta*. *Ros. vestn. akushera-ginekologa*. 2011; 11 (5): 58–62. [in Russian]
- Яковлева Э.Б., Бабенко О.М., Бугаев А.Б. Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли. *Мед. неотложных состояний*. 2014; 2 (57): 134–9. / Yakovleva E.B., Babenko O.M., Bugaev A.B. *Sovremennyy vzgliad na problemu lechenia khronicheskoi tazovoi boli*. *Med. neotlozhnykh sostoianii*. 2014; 2 (57): 134–9. [in Russian]
- Rhodin A. Successful management of chronic pelvic pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2013; 27 (3): 289–91.
- Lal AK, Weaver AL, Hopkins MR, Famuyide AO. Laparoscopic appendectomy in women without identifiable pathology undergoing laparoscopy for chronic pelvic pain. *JLS* 2013; 17 (1): 82–7.
- Неймарк А.И., Шелковникова Н.В. Эндоваскулярное лечение стойкой дизурии и хронических тазовых болей при варикозном расширении вен малого таза у женщин. *Урология*. 2012; 4: 20–4. / Neimark A.I., Shelkovnikova N.V. *Endovaskul'arnoe lechenie stoikoi dizurii i khronicheskikh tazovykh bolei pri varikoennom rashirenii ven malogo taza u zhenshchin*. *Urologia*. 2012; 4: 20–4. [in Russian]
- Nasser F, Cavalcante RN, Affonso BB et al. Safety, efficacy, and prognostic factors in endovascular treatment of pelvic congestion syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 125 (1): 65–8.
- Козлов В.А., Шахмаков А.А., Якушев А.М. и др. Трансвагинальная криоденервация матки – новый эффективный метод лечения хронической тазовой боли. *Вестн. Уральской медицинской академической науки*. 2011; 1 (33): 82–4. / Kozlov V.A., Shakhmakov A.A., Yakushev A.M. i dr. *Transvaginal'naiia kriodenervatsiia matki – novyi effektivnyi metod lechenia khronicheskoi tazovoi boli*. *Vestn. Ural'skoi meditsinskoi akademicheskoi nauki*. 2011; 1 (33): 82–4. [in Russian]
- Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS et al. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv* 2012; 67 (7): 417–25.
- Hassan S, Muere A, Einstein G. Ovarian hormones and chronic pain: A comprehensive review. *Pain* 2014; 155 (12): 2448–60.
- Чайка В.А., Носенко Е.Н., Оразов М.Р. Современные подходы к комбинированной терапии хронической тазовой боли у женщин с аденомиозом. *Здоровье женщины*. 2014; 3 (89): 52. / Chaika V.A., Nosenko E.N., Orazov M.R. *Sovremennye podkhody k kombinirovannoi terapii khronicheskoi tazovoi boli u zhenshchin s adenomiozom*. *Zdorov'e zhenshchiny*. 2014; 3 (89): 52. [in Russian]
- Taylor RN, Hummelshoj L, Stratton P, Vercellini P. Pain and endometriosis: Etiology, impact, and therapeutics. *Middle East Fertil Soc J* 2012; 17 (4): 221–5.
- Zito G, Luppi S, Giolo E et al. Medical treatments for endometriosis-associated pelvic pain. *Biomed Res Int* 2014; 2014: 191967.
- Резниченко Г.И., Потенция В.Ю., Плотникова В.М., Белай И.М. Применение нимесила в лечении женщин с синдромом хронической тазовой боли при гинекологической патологии. *Здоровье женщины*. 2013; 9 (85): 103. / Reznichenko G.I., Potebnia V.Iu., Plotnikova V.M., Belai I.M. *Primenenie nimesila v lechenii zhenshchin s sindromom khronicheskoi tazovoi boli pri ginekologicheskoi patologii*. *Zdorov'e zhenshchiny*. 2013; 9 (85): 103. [in Russian]
- Poleshuck EL, Gamble SA, Bellenger K et al. Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and pelvic pain. *J Psychosom Res* 2014; 77 (4): 264–72.
- Инструкция по медицинскому применению препарата Дексалгин./ *Instruktsiia po meditsinskomu primeneniui preparata Deksalgin*. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Яроцкая Екатерина Львовна – д-р мед. наук, зав. отд. международного сотрудничества ФГБУ НЦАГиП им. В.И.Кулакова. E-mail: inter_otdel@mail.ru