

Хронічний тазовий біль у жінок, етапи і методи діагностики (Огляд літератури)

С.О. Шурп'як, О.Б. Соломко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Зазвичай жінки, які страждають від хронічного тазового болю (ХТБ), відчувають його протягом певного часу і не звертаються по допомогу доти, поки біль не стане настільки сильним, що починає негативно впливати на нормальне щоденне функціонування, не дозволяючи жінці підтримувати звичайний спосіб життя, веде до розвитку хронічного больового синдрому. Синдром хронічного тазового болю часто супроводжується порушеннями поведінки, когнітивними, психоемоційними і сексуальними розладами, а також симптомами дисфункції нижніх відділів систем сечовиділення і травлення, органів тазового дна, гінекологічної дисфункції, які значною мірою є наслідком нейробиологічних, фізіологічних, а іноді й анатомічних змін в організмі та центральній нервовій системі.

Розлади травної, урологічної та кістково-м'язової систем виявляють так само часто, як і розлади репродуктивної системи у жінок із ХТБ. Тому діагностичні заходи повинні бути спрямовані на виявлення усіх причин. У більшості випадків причини проблеми можуть бути встановлені під час ретельного збору анамнезу та фізикальному обстеженні, які повинні бути більш детальними, ніж зазвичай. Використання спеціально розроблених форм оцінювання та анкетування для пацієнтів з ХТБ може бути важливим і корисним для забезпечення охоплення всіх критичних моментів. Важливо враховувати ключову роль нервової системи у сприйнятті болю. Відчуття болю протягом тривалого часу може змінити те, як мозок сприймає та обробляє сигнали болю, що призводить до його посилення та міжорганної сенсibiлізації.

Складна диференційна діагностика часто обумовлює відсутність остаточного діагнозу у більшості пацієнток з ХТБ. Під час першого візиту хворої до лікаря іноді неможливо одразу визначити причину болю. Тому за наявності декількох етіопатогенетичних факторів лікування лише деяких з них може призвести до неповного полегшення.

Під визначенням «хронічний тазовий біль» може ховатися багато захворювань, виявлення яких потребує залучення мультидисциплінарної команди за участю гінекологів, урологів, гастроентерологів, нефрологів, судинних хірургів, ортопедів, психіатрів, психологів та лікарів інших спеціальностей. Однак переважно саме гінекологи є спеціалістами, які першими контактують з даною патологією, позаяк у більшості випадків хворі на ХТБ насамперед звертаються по допомогу саме до них. Але лікарям часто не вистачає мультидисциплінарного підходу при менеджменті ХТБ, що, зі свого боку, ускладнює комплексне оцінювання, діагностику та лікування.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, міжорганна сенсibiлізація, мультидисциплінарний підхід, синдром хронічного тазового болю.

Chronic pelvic pain in women, stages and methods of diagnosis (Literature review)

S.O. Shurpyak, O.B. Solomko

Usually, women suffering from chronic pelvic pain experience it for some time and do not seek treatment until the pain becomes so severe that it adversely affects a woman's normal daily functioning, preventing her from maintaining a normal lifestyle and leading to development of chronic pain syndrome. Chronic pelvic pain syndrome is often accompanied by behavioral disorders, cognitive, psychoemotional and sexual disorders, as well as symptoms of dysfunction of the lower urinary and digestive systems, pelvic organs, gynecological dysfunction, which are the result of neurobiological, physiological and sometimes anatomical changes in the body and central nervous system.

Often a gynecologist automatically focuses exclusively on gynecological organs, assuming that they are the cause of the problem, but most often the cause of chronic pelvic pain is a group of factors. Disorders of the gastrointestinal, urological, and musculoskeletal systems are at least as common as disorders of the reproductive system in women with chronic pelvic pain. Therefore, diagnostic measures should be aimed at identifying all the causes which requires doctors to take a multidisciplinary approach to the diagnosis and management of chronic pelvic pain. The causes of the problem in most cases can be identified by a thorough history taking and physical examination, which should be more detailed than usual. As a diagnostic tool, it can minimize the need for expensive laboratory testing and imaging or risky surgery. The use of specialized assessment forms and questionnaires for chronic pelvic pain can be important and useful to ensure coverage of all critical points.

When planning a diagnostic plan for women with chronic pelvic pain, it is important to consider the key role of the nervous system in the perception of pain. Experiencing pain for a long period of time can change how the brain perceives and processes pain signals, leading to an amplification of pain and cross-organ sensitization.

Complicated differential diagnosis often causes the absence of a definitive diagnosis in most patients who complain of chronic pelvic pain. Therefore, during the first visit of the patient, it is sometimes impossible to immediately determine the cause of pain. Because the causes of many disorders associated with chronic pelvic pain have not been identified, most clinicians treat them empirically. Therefore, in the presence of several etio-pathogenetic factors, treatment of only some of them will lead to incomplete relief.

The definition of «chronic pelvic pain» can hide many diseases, the detection of which requires the involvement of a multidisciplinary team of gynecologists, urologists, gastroenterologists, nephrologists, vascular surgeons, orthopedists, psychiatrists, psychologists and doctors of other specialties. However, it is mostly gynecologists who are the first to come into contact with this pathology because, in most cases, women who suffer from chronic pelvic pain first turn to them for help. That is why they should be the main members of the multidisciplinary team and take responsibility for its creation. Unfortunately, physicians often lack an interdisciplinary approach to the management of chronic pelvic pain, which complicates comprehensive assessment, diagnosis, and treatment and leads to frustration among women who go from one specialist to another without an adequate solution to their problem.

Key words: chronic pelvic pain, interorgan sensitization, pelvic pain, multidisciplinary approach, chronic pelvic pain syndrome.

Хроническая тазовая боль у женщин, этапы и методы диагностики (Обзор литературы)

С.А. Шурп'як, О.Б. Соломко

Обычно женщины, страдающие хронической тазовой болью (ХТБ), испытывают ее в течение определенного времени и не обращаются за лечением до тех пор, пока боль не станет настолько сильной, что начинает негативно влиять на нормальное ежедневное функционирование женщины, не позволяя ей поддерживать обычный образ жизни, ведет к развитию хронического болевого синдрома. Синдром

хронической тазовой боли часто сопровождается нарушениями поведения, когнитивными, психоэмоциональными и сексуальными расстройствами, а также симптомами дисфункции нижних отделов систем мочеиспускания и пищеварения, органов тазового дна, гинекологической дисфункции, которые в значительной степени являются следствием нейробиологических, физиологических, а иногда и анатомических изменений в организме и центральной нервной системе.

Расстройство пищеварительной, урологической и костно-мышечной систем встречается столь же часто, как и расстройства репродуктивной системы у женщин с ХТБ. Поэтому диагностические мероприятия должны быть направлены на выявление всех причин. В большинстве случаев причины проблемы могут быть установлены при тщательном сборе анамнеза и физикальном обследовании, которые должны быть более подробными, чем обычно. Использование специально разработанных форм оценки и анкетирования для пациентов с ХТБ может быть важным и полезным для обеспечения охвата всех критических моментов.

Важно учитывать ключевую роль нервной системы в восприятии боли. Боль в течение длительного периода может изменить то, как мозг воспринимает и обрабатывает сигналы боли, приводящие к ее усилению и межорганной сенсibilизации.

Сложная дифференциальная диагностика часто обуславливает отсутствие окончательного диагноза у большинства пациенток с ХТБ. Во время первого визита пациентки к врачу иногда невозможно сразу определить причину боли. Поэтому при наличии нескольких этиопатогенетических факторов лечение только некоторых из них приведет к неполному облегчению.

Под определением «хроническая тазовая боль» может скрываться много заболеваний, выявление которых требует привлечения мультидисциплинарной команды с участием гинекологов, урологов, гастроэнтерологов, нефрологов, сосудистых хирургов, ортопедов, психиатров, психологов и врачей других специальностей. Однако в основном именно гинекологи являются специалистами, первыми контактирующими с данной патологией, потому что в большинстве случаев больные ХТБ в первую очередь обращаются за помощью именно к ним. Но врачам часто не хватает мультидисциплинарного подхода при менеджменте ХТБ, что, в свою очередь, затрудняет комплексную оценку, диагностику и лечение.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, межорганная сенсibilизация, тазовая боль, мультидисциплинарный подход, синдром хронической тазовой боли.

Проблема хронического тазового болю (ХТБ) вивчається вже давно і є предметом багатьох досліджень. Однак вона не втрачає свою актуальність, оскільки попри велику кількість робіт, які стосуються даної проблеми, досі не має стандартизованого підходу до діагностики та лікування даного стану. Водночас скарги на тазовий біль є причиною 1–2% усіх відвідувань медичних закладів жінками [11, 37]. За даними популяційних досліджень у США, епізоди ХТБ спостерігаються у 15–20% жінок віком від 18 до 50 років [5, 11, 20, 23, 38]. Серед причин відвідування гінекологічних клінік у США 10% припадає на лікування ХТБ. Крім того, 17% усіх гістеректомій у США та понад 40% усіх проведених діагностичних лапароскопій відносяться до цього стану [67]. Водночас від 10% до 17% гістеректомій, проведених внаслідок ХТБ, не виявляють патології, що свідчить про недоліки наявних діагностично-лікувальних методик [11, 39, 40].

За статистичними даними, понад 80% жінок із симптомами ХТБ страждають довше 1 року, а приблизно третина хворих – довше 5 років перед першим візитом до лікаря [67]. Зазвичай жінки з ХТБ звертаються по допомогу лише тоді, коли біль стає настільки сильним, що негативно впливає на нормальне щоденне функціонування жінки, не даючи їй вести звичайний спосіб життя. Втрата щоденного нормального функціонування через тазовий біль спричинює психосоціальні стреси, включаючи відчуття безнадійності, втрату інтересу до сексуальної близькості та відчуття відчаю, депресії тощо [11, 12].

На сьогодні більшість авторів визначають ХТБ як стійкий, тяжкий і виснажливий біль, що триває не менше 6 міс. Він може виникати циклічно, періодично/ситуаційно чи синхронно, що призводить до значного зниження якості життя. У деяких пацієнтів фізичні зміни/розлади можуть розглядатися як основна причина, в інших хворих біль пов'язаний насамперед з емоційними конфліктами і психосоціальним стресом, іноді обидві умови присутні одночасно [1].

ХТБ може бути підрозділений на:

- 1) хронічний тазовий біль, супутній з чітко визначеними первинними захворюваннями;
- 2) хронічний тазовий біль з відсутністю чітко визначених первинних захворювань.

Для першого варіанта Міжнародна асоціація з вивчення болю (International Association of the Study of Pain) запропонувала визначення «хронічний тазовий біль, пов'язаний з конкретним захворюванням»; для другого – «синдром хронічного тазового болю (СХТБ)» [2, 42, 56]. За думкою деяких авторів, СХТБ – це наслідок ХТБ з низкою емоційних та поведінкових характеристик [66, 68]. СХТБ часто супро-

воджується порушеннями поведінки, когнітивними, психо-емоційними і сексуальними розладами, а також симптомами дисфункції нижніх відділів систем сечовиділення і травлення, органів тазового дна, гінекологічної сексуальної дисфункції, які значною мірою є наслідком нейробиологічних, фізіологічних, а іноді й анатомічних змін в організмі та центральній нервовій системі [2, 3, 55, 56]. На сьогодні вважається, що СХТБ – це підрозділ ХТБ, а причини його виникнення часто залишаються невідомими [55, 56].

Для полегшення діагностики та розуміння проблеми низкою авторів були розроблені критерії для верифікації СХТБ:

- біль тривалістю 6 міс і більше;
- біль, що непропорційний патології (біль сильніший, ніж можна було очікувати від травми / операції / стану, який первинно його спричинив);
- неповне полегшення при лікуванні (звичайні методи лікування не зменшили відчуття болю або дали лише невелике полегшення);
- зменшення фізичної активності (зміни у фізичній активності вдома або на роботі, наприклад, припинення бігу або гри в теніс, припинення праці);
- ознаки депресії (наприклад, раннє пробудження, що не викликано болем, зміна маси тіла);
- зміни в тому, як людина ставиться до своїх звичних соціальних ролей в якості партнера, службовця тощо, суттєво змінені емоційні ролі в сім'ї або ідентифікація хвороби пацієнта як найважливішої проблеми, з якою стикається сім'я [55, 66, 68].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено систематичний огляд опублікованої літератури у базі даних NCBI (National Center for Biotechnology Information Search database), Web of Science та Scopus за допомогою ключових слів «Chronic pelvic pain in women», опублікованих англійською мовою протягом останніх 10 років, а також англійські, українські, російські медичні журнали, посібники та рекомендації.

Мета даної роботи – систематизація наявної інформації щодо механізмів болювого впливу, етіопатогенетичних механізмів, методів об'єктивного оцінювання стану пацієнта, мультидисциплінарної діагностики та диференційної діагностики ХТБ у жінок.

Больові механізми та патогенез ХТБ

Плануючи діагностичний план для жінок із ХТБ, важливо враховувати ключову роль нервової системи у відчутті

болю [70]. Адже відчуття болю протягом тривалого часу може змінити те, як мозок сприймає та обробляє сигнали болю, що призводить до його посилення [69]. Також людина, яка тривалий час страждає на ХТБ, може помітити симптоми в інших м'язях і органах тіла, після чого біль зазвичай стає більш інтенсивним, ніж тазовий біль, який їх спричинив [69]. Тому розуміння нейробіології та нейропсихології ХТБ є важливим аспектом для правильного менеджменту та лікування [69].

Хронічний біль часто впливає як на периферичну, так і на центральну нервову систему (ЦНС), що модулює больову пам'ять, локальну відповідь тканини, а також аномальне оброблення больового сигналу. Посилена больова реакція ЦНС, відома як централізація, може призвести до зменшення процесів гальмування болю та/або активізації процесів посилення болю, тим самим посилюючи первинне периферичне ураження. Ця динамічна больова мережа сприйнятлива до розладів настрою, стресу, фізичних, емоційних та сексуальних травм, які можуть сприяти розвитку та підтриманню хронічного болю.

Традиційно більшість хронічних больових станів класифікують за основним больовим механізмом – ноцицептивним чи нейропатичним, але ця класифікація все частіше визнається занадто спрощеною, оскільки їхні властивості часто перетинаються [69].

Nota Bene!!!

Ноцицептивний біль

Ноцицептивний біль виникає внаслідок ураження периферичних тканин або запалення соматичних та/або вісцеральних структур і часто від механічного пошкодження (наприклад, після операційний біль або біль за наявності раку від локального ураження тканин). Ця периферична больова реакція стимулює аферентні ноцицептивні волокна та вивільняє нейромедіатори та нейрозапальні речовини, що модулюють сприйняття болю [69].

Периферичний нейропатичний біль

Периферичний нейропатичний біль походить від дисфункції самої периферичної нервової системи (наприклад, діабетична периферична нейропатія, оперізуючий герпес) і рідко має ноцицептивні властивості. Периферичне ураження знижує поріг активації нерва і робить нерви більш сприйнятливими до шкідливих подразників [69].

Центральний нейропатичний біль

Постійний больовий сигнал (ноцицептивний чи нейропатичний) з малого таза може призвести до дисфункціональної відповіді ЦНС, відомої як центральне посилення (ампліфікація) болю. Однак центральне посилення також може відбуватися за відсутності ідентифікованого периферичного ноцицептивного впливу. Посилення реакції центральною нервовою системою під час оброблення болю вважається ключовим патофізіологічним фактором багатьох хронічних больових розладів, включаючи фіброміалгію, хронічний біль у попереку, скронєво-нижньощелеповий розлад та синдром подразненого кишечника. Центральне посилення, що призводить до «центрального болю», характеризується багатовогнищевим болем, супутніми соматичними симптомами, а також іншими опосередкованими симптомами, такими, як втома, порушення сну та проблеми з пам'яттю. Цей механізм сьогодні широко визнаний як загальна ознака у підгруп осіб з будь-яким хронічним болем, включаючи ХТБ [69].

Нейропсихологія ХТБ

Психологічні розлади зазвичай не є основною етіологією хронічного болю у більшості пацієнтів, однак

паралельна оцінка психосоціальних компонентів, що сприяють сприйняттю болю, є критично важливою при комплексному лікуванні пацієнта з хронічним больовим синдромом і пояснює, як зміни нейрогормонального середовища впливають на біль [69]. За даними літератури, ХТБ часто пов'язаний із розладами настрою, включаючи депресію та тривожність. Вплив настрою та когнітивних реакцій на сприйняття болю добре описаний у медичній літературі. Депресія, тривога, нездатність впоратися з болем і пов'язаний з цим страх перед болем часто супроводжуються больовим відчуттям.

У патогенезі ХТБ виділяють три основні етапи:

1. Органний – біль виникає в ділянці органів таза, нижньої частини живота, часто поєднуючись з порушеннями функцій статевих і суміжних з ними органів, що значною мірою залежать від розладів кровообігу (гіперемія, застій крові тощо).
2. Надорганний – іррадіація болю у верхні відділи живота з формуванням в одному з паравертебральних гангліїв вторинного вогнища подразнення. Цей біль зазвичай важко пояснити за відсутності очевидного зв'язку з репродуктивними органами, що зумовлює часті діагностичні помилки.
3. Полісистемний – трофічні розлади поширюються на органи поза малим тазом; характерні порушення менструальної, секреторної і статевої функцій, кишкові розлади, зміни обміну речовин. На цій стадії патологічний процес набуває поширеного характеру, біль стає інтенсивнішим, що додатково ускладнює діагностику [34, 57].

Nota Bene!!!

При різних гінекологічних захворюваннях існує два основних патогенетичних механізми ХТБ:

- 1) порушення регіонарної, внутрішньоорганної гемодинаміки і тканинного газообміну з утворенням надлишку нефізіологічних метаболітів,
- 2) запальні, дистрофічні і функціональні зміни периферичної нервової системи і вегетативних симпатичних гангліїв [34].

Етіологічні фактори виникнення ХТБ

Основними факторами ризику виникнення ХТБ у жінок вважають:

- 1) репродуктивний вік,
- 2) фізичне або сексуальне насильство,
- 3) запальні захворювання органів малого таза,
- 4) ендометріоз,
- 5) обтяжений акушерський анамнез,
- 6) операції у минулому [66].

Зазвичай лікар-гінеколог автоматично зосереджується виключно на гінекологічних органах, припускаючи, що саме вони стали причиною проблеми, однак найчастіше причиною ХТБ є ціла група факторів [11]. Тому діагностичні заходи повинні бути спрямовані на виявлення всіх причин. Це вимагає від лікарів мультидисциплінарного підходу до діагностики та менеджменту ХТБ, оскільки відчуття болю може бути зумовлене фізичними, психологічними і соціальними факторами або їхнім поєднанням [7, 11]. При цьому пацієнтка знає про вплив цих факторів, проте може вирішити не обговорювати їх, побоюючись, що причиною її болю будуть вважатися психологічні фактори, або що негінекологічні причини не будуть братися до уваги [7]. Однак на відміну від гострого тазового болю, ХТБ часто є складним захворюванням із співіснуючим гінекологічним та негінекологічним походженням болю. Розлади травної, урологічної та кістково-м'язової систем зустрічаються так само часто, як і розлади репродуктивної системи

у жінок з ХТБ [66]. Фактично багато жінок з тазовим болем в якості можливої причини цього болю мають більше ніж один діагноз. Щонайменше в половині випадків причиною є декілька патологій [36]. Наприклад, приблизно третина жінок з ендометріозом також мають супутні захворювання, такі, як інтерстиціальний цистит чи синдром подразненого кишечника, і це не є чимось незвичайним. Тому після консервативного або хірургічного лікування за наявності тазового болю, пов'язаного з ендометріозом, у жінок спостерігається лише часткове покращення самопочуття, якщо при початковій діагностиці урологічні та шлунково-кишкові причини були пропущені, і, як наслідок, не були проліковані. Дисфункція кістково-м'язового апарату червоної стінки або тазового дна також може сприяти розвитку ХТБ [21, 36]. Так, у 22% жінок ХТБ пов'язаний із порушенням кістково-м'язової системи [59]. Крім того, депресія, порушення сну та сексуальна дисфункція досить часто стають частиною картини та ускладнюють діагностику та лікування [68]. Саме складна диференціальна діагностика обумовлює відсутність діагнозу у 60% пацієнток, що скаржаться на ХТБ [35]. Тому під час першого візиту пацієнтки іноді неможливо відразу з упевненістю визначити причину болю [7].

Оскільки причини багатьох розладів, пов'язаних з ХТБ, не встановлені, більшість клініцистів лікують їх емпірично [11]. Слід зазначити, що за наявності декількох етіопатогенетичних факторів лікування лише деяких з них призведе до неповного полегшення та розчарування як для пацієнта, так і для лікаря. Наприклад, пацієнтка може спочатку відчувати біль і глибоку диспареунію від ендометріозу, далі мати вторинний вагінізм і вестибуліт, потім проявляються тригерні точки в животі, напруження м'язів і симптоми подразненого кишечника чи інтерстиційного циститу, і в результаті отримати депресію та неспроможність функціонування в соціумі. Усі ці компоненти є частиною однієї проблеми [68]. Тому клінічна оцінка повинна бути ретельною та комплексною.

Збір анамнезу та фізикальне обстеження

Причини проблеми в більшості випадків можуть бути встановлені при ретельному зборі анамнезу та фізикальному обстеженні, які повинні бути більш детальними, ніж зазвичай [2]. Важливість цих інструментів при лікуванні хворих на ХТБ важко переоцінити, оскільки ознаки та симптоми багатьох гінекологічних та негінекологічних патологій можуть перетинатися (табл. 2, 3) [11, 16]. Оскільки диференціальна діагностика ХТБ є обширною, діагностичне обстеження та тестування повинні ґрунтуватися на результатах детального збору анамнезу та фізикального огляду [10]. Як діагностичний інструмент, ретельний анамнез та фізикальне обстеження може мінімізувати потребу в дорогому лабораторному тестуванні та візуалізації або ризикованих оперативних втручаннях [67].

Для встановлення всіх можливих причин виникнення тазового болю слід активно залучати до обстеження лікарів інших спеціальностей [2]. Також більшість авторів вважають, що використання широко прийнятої форми анкетування (опитування) може бути важливим і корисним для забезпечення охоплення всіх критичних моментів [67]. Так, міжнародним товариством тазового болю було розроблено форму для детального збору анамнезу та фізикального обстеження для оцінювання стану жінок з ХТБ. Форма включає інструменти для оцінювання, визначення місяця тазового болю, скринінгову анкету та широкий огляд репродуктивної, урологічної та травної систем. Використання цієї форми зменшує можливість пропустити важливі деталі, які можуть бути ключовими моментами для диференційної діагностики [36].

Проте запитань, які слід поставити пацієнтці, досить багато. Так, Австралійські експерти запропонували спеці-

альний мнемонічний опитувальник – SOCRATES (S – site, місце локалізації болю – одне або декілька. O – onset, час, коли виник біль, наприклад, пов'язаний з пологами або оперативними втручаннями. C – character, характер болю. R – radiation, іррадіація. A – associations, взаємозв'язок з фізіологічними процесами. T – time course, часові характеристики болю, можлива циклічність. E – exacerbating and relieving factors, фактори, що посилюють або, навпаки, допомагають утамувати біль. S – severity, тяжкість болю) [57].

Особливості збору анамнезу

Насамперед для первинного огляду жінок із ХТБ потрібно мати достатньо часу. Вони повинні відчувати, що зможуть розповісти свою історію в повному обсязі, що їх вислухають і сприймуть їхні скарги серйозно [7]. Зосереджене опитування важливе для отримання точної історії, а активне слухання є необхідною умовою для досягнення необхідного контакту з пацієнтом. Оцінювання опису болю жінки та підтвердження її відчуттів є першочерговим у розвитку довіри та взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом [11].

Важливість прискіпливого збору анамнезу не можна недооцінювати. Первинний збір анамнезу у пацієнтів з ХТБ повинен включати оцінювання функціональних, емоційних, поведінкових, сексуальних та інших питань якості життя, таких, як:

- вплив на роботу та соціалізацію [56];
- природа кожного больового симптому (місце, іррадіацію, тяжкість, обтяжуючі та полегшуючі фактори);
- вплив менструального циклу, стресу, роботи, фізичного навантаження, статевого акту та оргазму;
- контекст, в якому виник біль;
- соціальні та професійні втрати через біль [11, 12, 16].

Використання шкали оцінювання болю може допомогти клініцисту зрозуміти інтенсивність болю жінки [66] (рисунк).



Шкала оцінювання болю

Слід зібрати детальний акушерський анамнез, оскільки вагітність та пологи – це стани, які при певних умовах можуть впливати на опорно-руховий апарат, спричинити пошкодження спини і таза, нервово-м'язові структури, можуть бути пов'язані з болем у тазовому дні, лонному зчленуванні та крижово-клубових суглобах [11, 17]. До факторів ризику належать поганий стан кістково-м'язової системи, народження великої дитини та поперековий лордоз [11, 16]. Кесарів розтин може бути пов'язаний з болем в ділянці післяопераційного рубця [11, 48, 49].

Хірургічний анамнез дає інформацію про ризики наявності слизової хвороби, перенесені перитонеальні травми, інфекцій та інші фактори, які можуть бути причиною болю [11]. Крім того, певні розлади мають тенденцію до збереження або повторного розвитку. Отже, слід шукати інформацію про попередні операції з приводу ендометріозу, спайкової хвороби або злоякісних новоутворень [11, 17].

У табл. 1 наведені клінічні підказки для діагностики патології з характерними больовими проявами [36].

Існують докази, які свідчать, що жінкам з тазовим болем слід проводити скринінг на наявність депресії [11, 50]. Поширеність тривожності, депресії частіше зустрічається у жінок із ХТБ порівняно з жінками з відсутністю ХТБ [60]. Ці жінки часто страждають від розладів настрою та зниження якості життя [61].

Точний збір сексуального анамнезу є дуже важливим. Необхідно запитати про кількість сексуальних партнерів та

Клінічні підказки для діагностики жінок з хронічним тазовим болем

Знахідки	Можливе значення
<p>Анамнез</p> <p>Спазмуючий (спастичний) біль</p> <p>Гострий, пекучий чи електрострумоподібний біль</p> <p>Зміни болю пов'язані з менструальним циклом</p> <p>Зміни болю, що не пов'язані з менструальним циклом</p> <p>Біль, що виникає з бажанням помочитися</p> <p>Посткоїтальна кровотеча*</p> <p>Постменопаузальна кровотеча*</p> <p>Постменопаузальний початок болю*</p> <p>У минулому абдомінальна операція чи інфекція</p> <p>Безпричинна втрата маси тіла *</p>	<p>Запальні захворювання кишечника, синдром подразненого кишечника</p> <p>Ураження нервів</p> <p>Аденоміоз, ендометріоз</p> <p>Спайки, інтерстиціальний цистит, синдром подразненого кишечника, кістково-м'язові порушення</p> <p>Інтерстиціальний цистит, уретральний синдром</p> <p>Рак шийки матки</p> <p>Рак ендометрія</p> <p>Малігнізація</p> <p>Спайки</p> <p>Малігнізація, системні захворювання</p>
<p>Фізикальний огляд</p> <p>Пухлини (утворення) придатків</p> <p>Збільшена або чутлива/болюча матка</p> <p>Відсутність мобільності матки при бімануальному обстеженні</p> <p>Біль при пальпації спини ззовні або біль при пальпації під час бімануального дослідження</p> <p>Чутливість/болючість м'язів тазового дна</p> <p>Точкова чутливість/болючість піхви, вульви чи сечового міхура</p> <p>Позитивна ознака Карнетта</p> <p>Субуретральні утворення, чутливість/болючість</p> <p>Аномалії крижово-маткових зв'язок</p> <p>Біль вульви/присінку</p>	<p>Пухлинні процеси яєчників</p> <p>Аденоміоз, хронічний ендометрит</p> <p>Спайки, ендометріоз</p> <p>Черевна/тазова стінка як джерело болю</p> <p>Інтерстиціальний цистит/синдром болючого сечового міхура, piriformis/levator ani синдром</p> <p>Спайки, ендометріоз, ураження нервів</p> <p>Міофасціальна чи абдомінальна стінка як джерело болю</p> <p>Дивертикул сечівника</p> <p>Аденоміоз, ендометріоз, малігнізація</p> <p>Вульводинія</p>
<p>Лабораторна та інструментальна діагностика</p> <p>Видима чи мікроскопічна гематурія*</p> <p>Утворення (пухлини) на ультрасонографії*</p>	<p>Тяжкий інтерстиціальний цистит, малігнізація сечовидільної системи</p> <p>Малігнізація</p>

Примітка: * – Знахідки «Червоні прапорці» можуть свідчити про тяжке системне захворювання.

можливість того, що у її партнера є кілька партнерів [11]. ХТБ може бути пов'язаний із фізичним чи сексуальним насильством, перенесеним у дитинстві чи в дорослому віці [10, 11, 48, 49]. Тому важливо сприяти розвитку відносин лікар-пацієнт та створити безпечний та відкритий простір для розкриття таких фактів, якщо вони мали місце. Важливо зрозуміти чи відчуває себе жінка безпечно удома, задоволена чи незадоволена стосунками з чоловіком, партнером та сім'єю [10]. Встановлено, що жінки з ХТБ та фізичним насильством в анамнезі повідомляли про значно більшу неспроможність нормального щоденного функціонування через біль порівняно з жінками, які не повідомляли про насильство [11, 45]. Крім того, жінки з ХТБ, які зазнали фізичного або сексуального насильства в дитинстві, повідомляли про значно більші депресивні симптоми, ніж жінки, які не відчували насильства в дитинстві [11, 20, 44].

Крім того, ризик зловживання наркотичними речовинами серед осіб з ХТБ є в два рази більшим, ніж серед загальної популяції [11, 16]. Тому необхідно завжди запитувати про вживання алкоголю та наркотиків під час оцінювання стану пацієнтів з ХТБ [11].

Особливості фізикального обстеження

Фізикальне обстеження є найважливішим аспектом обстеження пацієнтів [11]. Воно надає можливість клініцисту використовувати дані, отримані під час збору анамнезу, для цілеспрямованого обстеження та виявлення результатів [11, 16]. Цей процес може забезпечити хороше розуміння основної причини розвитку ХТБ [11]. Зазвичай непоміченим аспектом фізикального обстеження є чутливість до гострого та

хронічного болю, який жінка могла пережити роками [11, 16]. Перед проведенням фізикального обстеження завжди слід отримати базові життєві показники, включаючи артеріальний тиск, температуру, пульс та дихання. Якщо у жінки не було повного обстеження за останній рік, його слід виконати під час першого відвідування [11]. Оскільки обстеження може посилити занепокоєння, стрес і біль для багатьох жінок, особливо якщо у жінки присутній ХТБ, обов'язково слід повідомити її про те, що вона здатна зупинити огляд в будь-який момент [11, 16, 17]. Такий підхід може дозволити жінці згадати аспекти історії хвороби, які раніше могли бути опущені, і пов'язати цю інформацію із симптомами в реальному часі під час фізичного обстеження [11, 16]. Проводити обстеження потрібно повільно, обережно і обдуманно, крок за кроком, щоб мінімізувати біль і дозволити жінці розслабитися між кроками [11, 16, 17].

Одним із важливих моментів є спостереження та оцінювання ходи, рухів і пози жінки при сидінні [11]. Жінки з внутрішньочеревної патологією або міофасціальними больовими синдромами можуть компенсувати свої симптоми, змінюючи поставу або приймаючи вимушену позу сидячи [11, 16, 17]. Також м'язово-кісткові структури можуть бути місцем іррадіюючого болю з боку інших органів. У жінок з ХТБ є більш механочутлива нервова тканина через зменшення діапазону рухів, пов'язаного з нейродинамікою [63]. Отже, ортопедичне оцінювання важливе у жінок з тазовим болем [11].

Необхідно оглянути голову, шию, серцеву та дихальну системи, щоб виключити порушення. Короткий, але стислий неврологічний огляд, включаючи огляд, пальпацію та перкусію хребта, може бути корисним для виключення радикулопатії.

Поширені причини тазового болю гінекологічного походження

Патологія	Симптом	Ознака
Загроза переривання вагітності, неминучий або неповний аборт	Судоми (спазми), переривчастий біль, що знаходиться по середній лінії або в нижній частині живота	Тест на вагітність зазвичай позитивний. Вагінальна кровотеча зазвичай присутня
Ектопічна вагітність	Односторонній судомний біль, який часто є безперервним	Зазвичай присутня вагінальні кровотеча Підвищення β -ХГЧ Ультразвук може виявити утворення придатків Фізичний огляд може виявити утворення придатків
Запальні захворювання таза	Підвищена болючість у нижній частині живота, придатках матки та при рухах шийки Біль часто описується як тупий або ниючий, може іррадіювати у спину або у верхні частини стегон Може виникнути нудота та блювання через біль	Субфебрильна температура Гнійні виділення Підвищені лейкоцити Підвищене ШОЕ
Кісти яєчника	Біль від легкого до помірного та обмеженого, якщо тільки він не обумовлений геморагічною кістою жовтого тіла, що може призвести до значної крововтрати та гемоперитонеуму Початок болю зазвичай раптовий і в середині циклу Примітка: кіста жовтого тіла є найбільш схильною до розриву та імітує позаматкову вагітність	Гіповолемія лише за наявності гемоперитонеуму Найбільш критичною ознакою є значна болючість живота, часто пов'язана із симптомом подразнення очеревини Ультразвук може виявити утворення придатків та оцінити кількість вільної рідини
Перекрут придатків	Призводить до ішемії та швидкого початку виникнення гострого тазового болю Біль зазвичай сильний і постійний. Може посилюватися при підйомі важких предметів, фізичних вправах та статевому акті	При фізичному огляді живіт чутливий/ болючий при пальпації. Наявні симптоми подразнення очеревини Великі тазові утвори при гінекологічному огляді
Міома матки	Часто має безсимптомний перебіг, можуть бути маткові кровотечі, відчуття тиску в тазі або біль і диспареунія Гострий біль при перекруті або некрозі	При гінекологічному огляді виявляють збільшену матку Відзначається чутливість/болючість при пальпації
Ендометріоз	Часто має безсимптомний перебіг. Найбільш поширеними симптомами є дисменорея, глибока диспареунія та крижовий біль у спині під час менструації	Результати після фізичного обстеження можуть бути відсутніми або обмеженими Лапароскопія з біопсією – «золотий стандарт» для діагностики

Коли жінка перебуває у положенні лежачи, потрібно оглянути живіт, відзначаючи наявність шрамів, аускультативно перевірити перистальтику та провести перкусію та пальпацію для виявлення органомегалії [11]. Для диференціації болю в черевній стінці від вісцеральних джерел болю корисним є тест Карнетта: потрібно попросити жінку підняти голову, поки вона перебуває в положенні лежачи, а потім підняти випрямлені ноги; потім лікар пальпує болючі ділянки [11, 12, 38]. Якщо у жінки спостерігається болючість при пальпації, джерелом, найімовірніше, є біль у черевній стінці [11].

Лікарі повинні прагнути визначити точні анатомічні місця болючості (підвищеної чутливості), якщо це можливо. Потрібно враховувати що у пацієнок з ХТБ часто виявляють широкомасштабну гіпералгезію, і постійний діалог полегшує для неї процес обстеження та дозволить отримати більш детальну інформацію про біль у кожній точці обстеження [10, 63]. Локалізація болю дозволяє пацієнтам, які відчувають ніби їм «боляче всюди», визначити місце свого болю. Слід попросити жінку приблизно показати або вказати точне місце болю або болючих ділянок. Іноді жінці корисно використовувати діаграму (схему) тіла, щоб визначити місця чи ділянки болю. Можливо, буде потрібно зосередитись на одній ділянці за один раз і методично переміщуватись, щоб гарантувати виявлення або відображення всіх болючих ділянок. Жінки, які відчувають біль повсюди, часто з полегшенням усвідомлюють, що їхній біль фактично локалізований і що в інших ділянках болю не відчувається [11]. Одним із способів покращити локалізацію болю при фізикаль-

ному обстеженні є використання трансвагінального ультразвуку (ТВУ) з урахуванням болючості. Ця методика передбачає використання датчика ТВУ для пальпування важкодоступних структур, а також візуалізації анатомічних орієнтирів для підтвердження структури, яка пальпується [11, 51].

На жаль, відсутність органічної патології як джерела болю на даний момент не виключає, що його не було раніше до моменту обстеження жінки, тоді мова вже йде про центральну сенситизацію і формування вогнища болю в центральній нервовій системі [55].

Гінекологічний огляд повинен починатися з візуального огляду, звертаючи особливо увагу на ділянки знебарвлення, дерматологічні розлади або ознаки інфекції [10, 11, 20]. Дослідження Q-tip за допомогою легкого дотику забезпечує оцінювання сенсорної та неврологічної систем промежини [11, 20]. Зволожений бавовняний тампон можна використовувати для сенсорного оцінювання вульви та присінку на предмет локалізованої чутливості. Під час огляду таза необхідно звернути особливу увагу на реакцію жінки при пальпації піхви, оскільки дискомфорт від тиску вздовж тазового дна може свідчити про міофасціальний больовий синдром.

У табл. 2 представлені поширені причини тазового болю гінекологічного походження [11].

У жінок із ХТБ виявляють значний відсоток міофасціальних тригерних точок, які відтворюють їхні симптоми [63]. У жінок із ХТБ міофасціальний біль в ділянці тазового дна часто спостерігається у м'язах levator ani та obturator

internus, тому під час огляду слід безпосередньо оцінювати levator ani на наявність тонусу та підвищеної чутливості [10, 47, 62]. Ректальний огляд повинен бути включений в тазове обстеження жінки з тазовим болем [11].

Особливості лабораторної та інструментальної діагностики

Первинний огляд пацієнтів із ХТБ повинен включати дослідження, спрямовані на виявлення захворювань, асоційованих із тазовими болями [56].

Лабораторні дослідження повинні включати як загальноклінічні аналізи, так і специфічні, такі, як серологічне дослідження на сифіліс, тестування на вагітність, вагінальні мазки для виключення інфекції, аналіз калу на приховану кров, гормони щитоподібної залози та інші [11, 17].

Ультрасонографія таза повинна бути першою лінією інструментальної діагностики [64]. Трансвагінальне ультразвукове дослідження корисно для оцінювання органів малого

таза у реальному часі. Цей метод є найбільш ефективним для виявлення тазових утворень, а також для характеристики стану матки та придатків [11, 16]. Ультразвукове дослідження також може бути використане для дослідження апендикса, хоча цей метод не такий надійний, як комп'ютерна томографія при встановленні діагнозу апендициту [11, 28]. Ультрасонографія особливо корисна для виявлення утворень діаметром менше 4 см, які часто не можна пропальпувати при бімануальному дослідженні [36]. Дифузний та вогнищевий аденоміоз та варикозне розширення вен малого таза, синдром тазової веноконгестії можна легко визначити за допомогою сонографії високої роздільної здатності та кольірної доплерографії [11, 53, 54].

За необхідності можуть бути проведені додаткові дослідження для оцінювання роботи інших систем організму та окремих органів. Наприклад, дослідження кишечника з барієм, цистоскопію, венографію, магнітно-резонансну томографію або комп'ютерну томографію [11, 17].

Таблиця 3

Поширені причини тазового болю негінекологічного походження

Патологія (система)	Симптом	Ознака	Коментар (зауваження)
Дивертикуліт (травна)	Часто перебігає безсимптомно Можуть спостерігатися здуття живота, закріп та діарея Сильний біль у лівому нижньому квадранті	Роздутий живіт з болючістю в лівому нижньому квадранті при пальпації Локалізована болючість відскоку(rebound) Може пропальпувати рихле рухливе утворення в нижньому лівому квадранті Приглушена перистальтика кишечника	Імітує синдром подразненого кишечника Примітка: дивертикуліт може проявлятися перфорацією або абсцесом, що викликає перитоніт
Кишкова непрохідність (травна)	Колькоподібний біль Здуття живота Блювання Утруднення дефекації, закріп чи обтурація Гостра висока непрохідність викликає раннє блювання Непрохідність товстої кишки характеризується більшим ступенем здуття живота та обтурації	Значне здуття живота Патологічна перистальтика кишечника: спочатку значно посилюється під час болю, а пізніше зменшується і може бути відсутня через ішемію Підвищення рівня лейкоцитів та лихоманка відзначаються у міру прогресування стану	
Синдром подразненого кишечника – СПК (травна)	Гострий біль у животі (також може викликати ХТБ) Здуття живота Терміновість дефекації Діарея Закріп	Біль у животі під час пальпації Можна помітити кал із кров'ю та/або ректальну кровотечу	СПК є функціональним розладом кишечника, що найчастіше виявляється Діагностується частіше у жінок, ніж у чоловіків
Гастроентерит (травна)	Блювання Діарея Спазми та біль у животі	Може мати системну токсичність, таку, як лихоманка і тахікардія Відзначається болючість живота при пальпації	Причини зазвичай вірусні або бактеріальні
Уролітіаз (сечостатева)	Сильний біль, кольки у надлобковій ділянці та в таза Часте сечовипускання Дизурія Нудота, блювання	Гематурія Біль в проекції нирок або сечоводів	Може імітувати ектопічну вагітність
Цистит (сечостатева)	Біль внизу живота зазвичай по середній лінії Дизурія, підвищена частота сечовипускання	Позитивний результат в діагностичній смужці для сечі на лейкоцитарну естеразу та нітрити	
Грижа черевної стінки (кістково-м'язова)	Різкий біль, який іноді іррадіює у попереку	Інтенсивність болю пов'язана з положенням тіла Болючість посилюється при напруженні черевної стінки	

**Етіологія хронічного тазового болю у жінок
(патологія розподілена за рівнем доказовості)**

Гінекологічна патологія		
Рівень А • Ендометріоз • Гінекологічні злоякісні новоутворення (особливо пізня стадія) • Синдром збережених яєчників • Запальні захворювання малого таза • Туберкульозний сальпінгіт	Рівень В • Спайкова хвороба • Доброякісна кістозна мезотеліома • Лейоміоми • Синдром тазової веноконгестії (варикозна хвороба органів малого таза) • Післяопераційні кісти очеревини	Рівень С • Аденоміоз • Атипова дисменорея • Кісти придатків (не ендометріодні) • Стеноз шийки матки • Ектопічна вагітність • Хронічний ендометрит • Поліпи ендометрія або шийки матки • Внутрішньоматкова контрацептивна система • Овуляційний біль • Симптоматичний пролапс тазових органів
Урологічна патологія		
Рівень А • Злоякісні новоутворення сечового міхура • Інтерстиціальний цистит / синдром болючого сечового міхура • Променевий цистит	Рівень В • Скорочення сечового міхура (детрузорносфінктерна диссенергія) • Дивертикул сечівника • Уретральний синдром	Рівень С • Хронічна інфекція сечовивідних шляхів • Рецидивуючий гострий цистит • Рецидивуючий гострий уретрит • Сечокам'яна хвороба • Карункул сечівника
Шлунково-кишкові		
Рівень А • Карцинома товстої кишки • Закрепи • Запальні захворювання кишечника • Синдром подразненого кишечника	Рівень В • Целиакія • Дивертикулярна хвороба	Рівень С • Коліт • Хронічна переривчаста кишкова непрохідність
Кістково-м'язові		
Рівень А • Міофасціальний біль у черевній стінці (тригерні точки) • Хронічний куприковий або спинний біль • Неправильна або погана постава • Фіброміалгія • Невралгія клубово-підчеревного, клубово-пахвинного, статевого та / або стегново-статевого нервів • Міалгія тазового дна • Синдром пологового болю	Рівень В • Міжхребцева грижа • Біль у спині • Неоплазія спинного мозку або крижового нерва	Рівень С • Компресія поперекових хребців • Дегенеративні захворювання суглобів • Грижі: вентральна, пахвинна, стегова • М'язові розриви та розтягнення • Спондиліоз
Інші		
Рівень А • Защемлення шкірного нерва живота у хірургічному рубці • Соматизований розлад • Депресія	Рівень В • Неврологічна дисфункція • Порфірія • Оперізуючий герпес • Порушення сну	Рівень С • Абдомінальна епілепсія • Абдомінальна мігрень • Біполярні розлади • Сімейна середземноморська лихоманка
Рівень А: Причинно-наслідковий зв'язок із хронічним тазовим болем на основі хороших та послідовних наукових доказів.		
Рівень В: Причинно-наслідковий зв'язок із хронічним тазовим болем на основі обмежених чи непослідовних або суперечливих наукових доказів.		
Рівень С: причинно-наслідковий зв'язок із хронічним тазовим болем на основі експертних висновків.		

Одним із методів візуалізації, що широко застосовується, є лапароскопія. Метод дозволяє пряму візуалізацію і дає можливість прямого лікування внутрішньочеревної патології [11, 17]. За даними літератури, найчастішими діагнозами, встановленими під час проведення лапароскопії з приводу ХТБ, були ендометріоз (33%), спайковий процес (24%) та відсутність патологічного стану (35%) [11, 46].

Диференційна діагностика

Згідно з рекомендаціями Канадського товариства акушерів-гінекологів (Society of Obstetricians and Gynaecologists of

Canada, SOGC), під час проведення диференціального діагнозу тазового болю у молодих жінок насамперед як основну причину необхідно припускати ендометріоз, поки не доведена інша причина больових проявів [8, 9]. Однак диференційний діагноз ХТБ повинен бути спрямований на виявлення не тільки потенційних етіологічних захворювань, а й будь-яких порушень, які можуть сприяти хронічному тазовому болю. У табл. 3 наведені поширені причини тазового болю негінекологічного походження [11].

Під час діагностичного оцінювання важливо розуміти, що біль також може бути діагнозом сам по собі, через невроло-

гічні порушення, такі, як невropатичний біль, а також через зміни в центральній нервовій системі, які посилюють біль (центральна сенсibiliзація) [65].

У табл. 4 наведено стани для диференціальної діагностики тазового болю [66]. Оскільки сприйняття болю при СХТБ може бути зосереджене як в одному органі, так і більше, диференційна діагностика є досить складною проблемою.

ВИСНОВКИ

Незважаючи на поширеність хронічного тазового болю (ХТБ), ця патологія залишається діагностично складною і неприємною для практикуючих лікарів [65]. Під визначенням «хронічний тазовий біль» може ховатися багато захворювань, виявлення яких потребує залучення мульти-

дисциплінарної команди за участю гінекологів, урологів, гастроентерологів, нефрологів, судинних хірургів, ортопедів, психіатрів, психологів та лікарів інших спеціальностей [34, 66]. Однак переважно саме гінекологи є спеціалістами, які першими контактують з даною патологією і саме вони повинні бути головними учасниками мультидисциплінарної команди, а зазвичай і брати на себе її створення, оскільки жінки, які страждають від ХТБ, насамперед звертаються по допомогу саме до них [34]. На жаль, лікарям часто не вистачає міждисциплінарного підходу при менеджменті ХТБ, що, зі свого боку, ускладнює комплексне оцінювання, діагностику та лікування і може призвести до розчарування серед жінок, які ходять від одного фахівця до іншого без адекватного вирішення своєї проблеми [11, 20].

Відомості про авторів

Шурпяк Сергій Олександрович – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69. E-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5445-6375

Соломко Олег Богданович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69

Information about the authors

Shurpyak Serhii Oleksandrovyich – Lviv national medical University named Danylo Galitsky, 79010, Lviv, 69 Pekarska str.
E-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5445-6375

Solomko Oleh Bohdanovych – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology FGS Lviv national medical University named Danylo Galitsky, 79010, Lviv, 69 Pekarska str.

Сведения об авторах

Шурпяк Сергей Александрович – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail: shurpyak_serhiy@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5445-6375

Соломко Олег Богданович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Siedentopf F, Weijenberg P, Engman M, Maier B, Cagnacci A, Mimoun S, Wenger A, Kantenich N. ISPOG European Consensus Statement – chronic pelvic pain in women (short version). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(4):161-70.
- Ярочкая Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение. 2016;2:82-94.
- As-Sanie S, Harris RE, Napadow V, Kim J, Neshewat G, Kairys A, Williams D, Clauw DJ, Schmidt-Wilcke T. Changes in regional gray matter volume in women with chronic pelvic pain: a voxel-based morphometry study. *Pain*. 2012 May;153(5):1006-14
- Manish K Singh, MD; Michel E Rivlin, MD, Elizabeth E Puscheck, MD. Chronic Pelvic Pain in Women. *Medscape*. Emedicine online. 2018 Feb.
- Lillemon JN, Nardos R, Kaul MP, Johnson AN, Choate A, Clark AL. Complex Female Pelvic Pain: A Case Series From a Multidisciplinary Clinic in Urogynecology and Physiatry. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019 Mar/Apr;25(2):e34-e39.
- Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Ann Agric Environ Med*. 2016 Jun 2;23(2):223-6.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Development of RCOG Green-top Guidelines: The initial management of chronic pelvic pain. No. 41. London: RCOG; 2012, 2014, 2017 https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf
- Запорожан ВМ, Татарчук ВФ, Камінський ВВ. Національний консенсус щодо ведення пацієнток з ендометріозом. Репродуктивна ендокринологія. 2015; 4(24):7-10
- Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології національної академії медичних наук України» Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України» го «Асоціація гінекологів-ендокринологів України». Тактика ведення пацієнток з ендометріозом адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2016.
- Bonnema R, McNamara M, Harsh J, Hopkins E. Primary care management of chronic pelvic pain in women. *Cleve Clin J Med*. 2018 Mar;85(3):215-223.
- Gasiewicz N, Romero M. Chronic pelvic pain. In: Schulling KD, Likis FE. *Women's Gynecologic Health, Third Edition*. Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company; 2017. p.711-770.
- Rapkin AJ, Nathan L. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek J, editors. *Berek and Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 470–504.
- Neis KJ, Neis F. Chronic pelvic pain: Cause, diagnosis and therapy from a gynecologist's and an endoscopist's point of view. *Gynecological Endocrinology*. 2009; 25(11):757–761.
- Champaneria R, Daniels JP, Raza A., Pattison HM, Khan KS. Psychological therapies for chronic pelvic pain: Systematic review of randomized controlled trials. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 91:281–286.
- Demir F, Ozcimen EE, Oral HB. The role of gynecological, urological, and psychiatric factors in chronic pelvic pain. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 286(5):1215–1220.
- Styer AK. Gynecologic etiologies of chronic pelvic pain. In Bailey A, Bernstein C, editors. *Pain in women: A clinical guide*. Boston, MA: Harvard Medical School; 2013. p. 95–141.
- Hoffman BL. Pelvic pain. In Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JL, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG, & Calver LE (Eds.). *Williams gynecology 2ed and 3rd ed*. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2012, 2016. 2nd ed. p. 304–332; 3rd ed. p. 249-274. New York, NY: McGraw-Hill Medical.
- Cheong YC, Reading I, Bailey S., Sadek K, Ledger W, & Li T. Should women with chronic pelvic pain have adhesiolysis? *BioMed Central Women's Health*. 2014; 14(36), 1–7.
- Horwitz J, Pundi RS, Blankstein J. Ovarian hyperstimulation syndrome treatment & management. *Medscape*

- Reference. 2011. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/1343572-treatment>
20. Stein SL. Chronic pelvic pain. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2013; 42:785–800.
 21. Shin JH, Howard FM. Management of chronic pelvic pain. *Current Pain and Headache Reports*. 2011;15:377–385.
 22. Tachawiwat K, Cheewadhanaraks S. Prevalence of irritable bowel syndrome among patients with mild–moderate and severe chronic pelvic pain. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2012; 95(10): 1257–1260.
 23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic pelvic pain: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Practice Bulletin* No. 51. Washington, DC. 2004, reaffirmed 2010.
 24. Rome Foundation, Inc. Rome criteria. Retrieved from <https://www.theromefoundation.org>
 25. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med*. 2017 Nov; 6(11): 99.
 26. Свінціцький АС. Внутрішні хвороби. Підручник, заснований на принципах доказової медицини. 2019. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.11.4.14>.
 27. Rapkin AJ, Nathan L. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek J, editors. *Berek and Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 470–504.
 28. Hart D, Lipsky A. Acute pelvic pain in women. In: Marks J, Hockberger R, Walls R, editors. *Rosen's emergency medicine: Concepts and practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014. p. 266–272.
 29. Dunphy LM., Winland-Brown JE, Porter BO, Thomas DJ. Primary care: The art and science of advanced practice nursing (4th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company. 2015.
 30. Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. *American Family Physician*. 2010; 82(2):141–147.
 31. Lentz G., Lobo R, Gershenson DM, Katz V. *Comprehensive gynecology* (6th ed.). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier. 2012.
 32. Merlin MA, Shah CN, Shiroff AM. Evidence-based appendicitis: The initial work-up. *Postgraduate Medicine*. 2010; 122(3):189–195.
 33. Tu FF, Hahn D, Steege JF. Pelvic congestion syndrome–associated pelvic pain: A systematic review of diagnosis and management. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2010; 65(5):332–340
 34. Радзинский ВЕ., Оразов МР, Костин ИН. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике. *Doctor.ru. Гинекология*. 2019; 7(162):30–35.
 35. Артымук Н.В., Руднева О.Д. Тазовая веноконгестия как одна из ведущих причин хронической тазовой боли. *ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ*. 2016; 1(107):34–39.
 36. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician*. 2016 Mar 1;93(5):380–7.
 37. Johnson J, Thomas DJ, Porter BO. Women's health problems. In Dunphy LM, Winland-Brown JE, Porter BO, Thomas DJ. Primary care: The art and science of advanced practice nursing 4th ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis; 2015. P. 679–754.
 38. Beckmann CRB., Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, Weiss PM. *Obstetrics and gynecology* 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. 2014.
 39. Altman G, Lee C. Chronic pelvic pain and associated disorders. *Kansas Nurse*. 2009; 84:12–15
 40. Whiteman MK., Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, Marchbanks PA. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008; 198(1), 34: 31–37.
 41. Taverner T. Neuropathic pain: An overview. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2014; 10(3):116–122.
 42. International Association for the Study of Pain (IASP). (2019). IASP Terminology. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org>
 43. Taverner T, Closs SJ, Briggs M. The journey to chronic pain: A grounded theory of older adults' experiences of pain associated with leg ulceration. *Pain Management Nursing*. 2014; 15(1): 186–198.
 44. Meltzer-Brody S, Leserman J. Psychiatric comorbidity in women with chronic pelvic pain. *CNS Spectrums*. 2012;16(2):29–35.
 45. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2014 Apr;210(4):317.e1-317.e8.
 46. Nelson P, Apte G, Justiz R, Brismee JM, Dedrick G, Sizer PS. Chronic female pelvic pain: Part 2: Differential diagnosis and management. *Pain Practice*. 2011; 12(2):111–141.
 47. Purwar B, Khullar V. Use of botulinum toxin for chronic pelvic pain. *Womens Health (Lond)*. 2016;12(3):293–296
 48. Hart D, Lipsky A. Acute pelvic pain in women. In: Marks J, Hockberger R, Walls R, editors. *Rosen's emergency medicine: Concepts and practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014. p. 266–272.
 49. Karnath B. & Breitkopf D. Acute and chronic pelvic pain in women. *Hospital Physician*. 2015;43(7), 41–48.
 50. Kassab D., Rollins V. Should we screen patients with chronic pelvic pain for depression? Evidence-Based Practice: Patient-Oriented Evidence That Matters. 2015; 14(1), 13.
 51. Yong PJ, Sutton C, Suen M, Williams C. Endovaginal ultrasound-assisted pain mapping in endometriosis and chronic pelvic pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013;33:715–719.
 52. Morelli M, Rocca ML, Venturella R, Mocciano R, Zullo F. Improvement in chronic pelvic pain after gonadotropin releasing hormone analogue (GnRH-a) administration in premenopausal women suffering from adenomyosis or endometriosis: a retrospective study. *Gynecological Endocrinology*. 2013;29(4):305–308.
 53. Olson C, Schnatz PF. Evaluation and management of chronic pelvic pain in women. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2007; 14(10): 563–573.
 54. Potter AW, Chandrasekhar CA. US and CT evaluation of acute pelvic pain of gynecologic origin in nonpregnant premenopausal patients. *Radiographics*. 2008; 28:1645–1659.
 55. Жук СИ, Гордийчук ОА. Междисциплинарный подход в менеджменте хронической тазовой боли у женщин. *ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ*. 2018. 6(132):87–91.
 56. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Eneil PS, et. al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *European Association of Urology*. 2018, 2019. Available from: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>
 57. Шурпяк СО. Синдром хронічного тазового болю у гінекологічній практиці (Оглядова стаття). *ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ*. 2016; 6(112):12–18.
 58. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahner N, Kamdar N, Morgan DM, As-Sanie S. Prevalence of Endometriosis During Abdominal or Laparoscopic Hysterectomy for Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol*. 2016 Jun;127(6):1045–53.
 59. Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstet Gynecol*. 2013 Mar;121(3):645–50.
 60. Siqueira-Campos VME, Da Luz RA, de Deus JM, Martinez EZ, Conde DM. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J Pain Res*. 2019 Apr 16;12:1223–1233.
 61. Cagnacci A, Vecchia ED, Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. *Gynecol Endocrinol*. 2019 Jun;35(6):502–505.
 62. Meister MR, Sutcliffe S, Badu A, et al. Pelvic floor myofascial pain severity and pelvic floor disorder symptom bother: is there a correlation? *Am J Obstet Gynecol* 2019;221:235.e1-15
 63. Fuentes-Márquez P, Valenza MC, Cabrera-Martos I, Rios-Sánchez A, Ocón-Hernández O. Trigger Points, Pressure Pain Hyperalgesia, and Mechanosensitivity of Neural Tissue in Women with Chronic Pelvic Pain. *Pain Med*. 2019 Jan 1;20(1):5–13.
 64. Juhan V. Chronic pelvic pain: An imaging approach. *Diagn Interv Imaging*. 2015 Oct;96(10):997–1007.
 65. Vercellini P. *Chronic Pelvic Pain, First Edition*. Blackwell Publishing Ltd. 2011.
 66. Howard F, Yamamoto M. Chronic pelvic pain. In: Bieber E, Sanfilippo J, Horowitz I, Shafi M, editors. *Clinical Gynecology*. Cambridge: Cambridge University Press. 2015;p. 51–74.
 67. Yamamoto M, Carillo J, Howard F. Chronic Abdominal Pain of Gynecologic Causes: Diagnosis and Treatment. *Chronic Abdominal Pain: An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management*. 2015;103–113. 10.1007/978-1-4939-1992-5_10.
 68. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. No. 164–Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynecol Can*. 2018 Nov;40(11):e747–e787
 69. Carey ET, Till SR, As-Sanie S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *Drugs*. 2017;77(3):285–301.
 70. RCOG. Scientific Impact Paper No. 46: Therapies Targeting the Nervous System for Chronic Pelvic Pain Relief. *Obstet Gynecol*, 2015;17: 216–216.

Статья поступила в редакцию 20.07.2020