

DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2023.278288>

# Гінекологічні передумови розвитку синдрому хронічного тазового болю – діагностика та лікування (Огляд літератури)

**В. І. Пирогова, С. О. Шурпяк, І. В. Козловський**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Синдром хронічного тазового болю є комплексним процесом і переважно охоплює декілька систем органів. Гінекологічні аспекти синдрому хронічного тазового болю можна розділити на чотири різні складові: інтраабдомінальний біль, вагінальний біль, біль, пов'язаний із м'язами тазового дна, та біль сексуального характеру. Поширеними гінекологічними причинами хронічного тазового болю є ендометріоз, аденоміоз, вульвовагінальний больовий синдром, дисфункція м'язів тазового дна та біль, пов'язаний із сексуальною сферою у жінок.

У цій статті наведено опис гінекологічного обстеження пацієнок із хронічним тазовим болем і розглянуто найпоширеніші гінекологічні захворювання та методи їхнього лікування. Проведено огляд літератури, який включав рекомендації Міжнародного товариства з питань нетримання сечі, Європейської асоціації урологів та Міжнародної асоціації з вивчення болю.

Гінекологічне обстеження пацієнок із хронічним тазовим болем починається з ретельного збору анамнезу та фізикального огляду. Лабораторні тести, візуалізаційні дослідження та діагностичні процедури можуть використовуватись як допоміжні методи для більш точного встановлення діагнозу. Методи лікування включають фізіотерапевтичні, медикаментозні, ін'єкції у тригерні точки та хірургічні втручання.

Оскільки діагностика та лікування хронічного тазового болю можуть бути складними, важливо, щоб лікарі були знайомі з різними аспектами даного синдрому для забезпечення належної допомоги пацієнткам. Ретельний збір анамнезу і фізикальне обстеження, спрямовані на виявлення причин болю, можуть допомогти визначити наступний крок в обстеженні та лікуванні. Однак гінекологічна патологія є однією з багатьох, але не єдиною, що може бути пов'язана з хронічним тазовим болем. Це своєю чергою зумовлює необхідність мультимодального та мультидисциплінарного підходу під час ведення пацієнок із хронічним тазовим болем.

**Ключові слова:** хронічний тазовий біль, синдром хронічного тазового болю, жіноча сексуальна дисфункція, гіпертонусна дисфункція тазового дна, вульводінія.

## Gynecological prerequisites for the development of chronic pelvic pain syndrome – diagnosis and treatment (Literature review)

**V.I. Pyrohova, S.O. Shurpyak, I.V. Kozlovskyy**

Chronic pelvic pain syndrome is a complex process and mostly includes several organ systems. The gynecologic aspects of chronic pelvic pain syndrome can be divided into four distinct components: intra-abdominal pain, vaginal pain, pelvic floor pain, and sexual pain. The common gynecological causes of chronic pelvic pain are endometriosis, adenomyosis, vulvovaginal pain syndrome, pelvic floor muscle dysfunction, and sexual pain in women.

This article describes the gynecological examination of patients with chronic pelvic pain and discusses the most common gynecological diseases and methods of their treatment. A review of the literature was conducted, which included the recommendations of the International Society for Urinary Incontinence, the European Association of Urology, and the International Association for the Study of Pain. Gynecological examination of patients with chronic pelvic pain begins with a history taking and physical examination. Laboratory tests, imaging examinations, and diagnostic procedures can be used additional methods to make a more accurate diagnosis. Treatment methods include physical therapy, medication, trigger point injections, and surgery.

Because the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain can be complex, it is important that physicians know the various aspects of this syndrome to be able to provide appropriate care for patients. Detailed history taking and physical examination for identifying the cause of the pain can help to determine the next step in evaluation and treatment. However, gynecological pathology is one of many, but not the only, that can be associated with chronic pelvic pain. This, it is necessary to perform a multimodal and multidisciplinary approach in the management of patients with chronic pelvic pain.

**Keywords:** chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome, female sexual dysfunction, hypertonic pelvic floor dysfunction, vulvodynia.

Вважають, що хронічний тазовий біль (ХТБ) – це постійний біль, що триває більше 6 міс, або повторювані епізоди абдомінального чи тазового болю, підвищеної чутливості або дискомфорту, часто пов'язаного зі змінами випорожнення, сексуальної дисфункції

переважно без органічної етіології [1]. Європейська асоціація урологів визначає ХТБ як хронічний або постійний біль, що відчувається у структурах, пов'язаних із тазом, часто – з негативними когнітивними, поведінковими, сексуальними та емоційними наслідками [2].

© The Author(s) 2023 This is an open access article under the Creative Commons CC BY license

За даними досліджень, 19% жінок у репродуктивно-му віці страждають від ХТБ і у близько 14% жінок діагностують принаймні один епізод ХТБ протягом життя [3, 4]. Крім того, 42% жінок повідомляють про обмеження своєї повсякденної діяльності, пов'язане з ХТБ [5].

Оскільки різні системи органів можуть бути залучені до виникнення симптомів ХТБ, внаслідок чого ведення жінок із ХТБ часто потребує міждисциплінарного підходу. Велике дослідження у сфері первинної медичної допомоги, проведене у Великій Британії, встановило, що 31% діагнозів у жінок з ХТБ були в основному гінекологічного походження, а 15% жінок мали кілька діагнозів (в одній або кількох системах органів), які пов'язані з розвитком ХТБ [6, 7]. Поширеними гінекологічними причинами ХТБ є ендометріоз, аденоміоз, вульвовагінальний больовий синдром, дисфункція м'язів тазового дна та біль, пов'язаний із сексуальною сферою у жінок.

Ця стаття присвячена гінекологічному оцінюванню пацієток із ХТБ, різним гінекологічним захворюванням та їхньому лікуванню.

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) може охоплювати багато різних систем органів, таких, як нижні сечовивідні шляхи, жіночі статеві органи, травний тракт, опорно-руховий апарат. Окрім цього, включати неврологічні та психологічні аспекти, сексуальну дисфункцію та супутні захворювання [1].

Жіночі статеві органи при СХТБ поділяють на чотири специфічні ділянки: вагінальна, інтраабдо-

мінальні жіночі статеві органи, дисфункція м'язів тазового дна та біль сексуального характеру у жінок (табл. 1) [1]. Щоб визначити ділянку жіночого генітального болю, першим кроком в оцінюванні пацієток із СХТБ є збір ретельного анамнезу щодо їхніх больових симптомів.

Поширені скарги при ХТБ – болісні менструації, аномальні кровотечі, диспареунія, вагінальне печіння, свербіж і колючий біль, дисфункція сечовипускання або дефекації, а також біль у животі або тазі [1]. Під час первинного оцінювання ХТБ слід виявити симптоми, що включають: тривалість (щонайменше 6 міс), частоту, місце розташування, характеристики та супутні фактори.

Біль, пов'язаний з менструальним циклом, свідчить про яєчникове або маткове походження. Біль при сечовипусканні або дефекації може бути пов'язаний з дисфункцією сечового міхура, кишечника або м'язів тазового дна. Біль під час сидіння або біль у м'язах промежини чи м'язах, що піднімають задній прохід (levator ani), також свідчить про дисфункцію м'язів тазового дна. Біль у піхві або присінку може бути дифузним, спровокованим дотиком, тиском або тертям, що може свідчити про вульводінію.

Пацієтки зі статевою дисфункцією часто мають низький статевий потяг, нездатність збуджуватися, труднощі із досягненням оргазму та диспареунія. Диспареунія може бути спричинена фізичними або психосоціальними факторами. Зниження самооцін-

Таблиця 1

Оцінювання пацієток із ХТБ

Симптом	Оцінка	Діагноз
	Піхва (вульва, присінок і клітор)	
Гострий, пекучий або колючий біль	Тест торкання ватною паличкою	Вульводінія
Провокація болю дотиком	Біопсія, лабораторне дослідження (вагінальний посів)	
	Внутрішні жіночі статеві органи	
Біль, пов'язаний з менструацією	Лабораторне дослідження (загальний аналіз крові)	Ендометріоз
Аномальна маткова кровотеча, диспареунія	Трансвагінальне ультразвукове сканування / магнітно-резонансна томографія	Аденоміоз
Біль у животі або тазі	Лапароскопія	Запальні захворювання органів малого таза
	М'язи тазового дна	
Біль у животі або тазі	Опитувальники	Дисфункція тазового дна
Біль у спокої або під час руху	Картування болю	Куприковий больовий синдром
Біль, пов'язаний із сечовипусканням або дефекацією	Ультразвукове дослідження	Біль у тазових суглобах, зв'язках, кістках
	Біль, пов'язаний із сексуальною сферою	
Відсутність сексуального бажання, збудження, оргазму	Опитувальники	Розлад сексуального інтересу/збудження
Диспареунія	Лабораторне дослідження (гормональна та повна метаболічна панель) <sup>*1</sup> Допплерівське ультразвукове дослідження <sup>**2</sup>	Розлади оргазму, генітально-тазовий біль/розлад пенетрації

Примітки: <sup>\*1</sup> – гормональний дисбаланс може призвести до сексуальної дисфункції (естрадіол, сироватковий тестостерон, дегідроепіандростерон-сульфат (ДГЕА-С), вільний тестостерон, дигідротестостерон, пролактин і тестування функції щитоподібної залози) [70]; <sup>\*\*2</sup> – недостатній кровотік під час сексуальної стимуляції може призвести до сексуальної дисфункції.

ки, депресія, тривожність, втота та потреба у застосуванні знеболювальних препаратів збільшують ймовірність статевої дисфункції [1].

Поверхнева диспареунія часто пов'язана з вагінальною атрофією, вагінальними дерматозами або спровокована вульвовагінальним больовим синдромом, тоді як глибока диспареунія може бути пов'язана з абдомінальними або тазовими патологіями (сечового міхура/кишкового тракту/неврологічними) або патологіями опорно-рухового апарату [1, 8].

Під час обстеження пацієнок із диспареунією слід виключити інфекційну етіологію, таку, як інфекції, що передаються статевим шляхом, вагініт або запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) [1, 4, 9]. Також слід зібрати статевої анамнез та анамнез сексуальних травм, інформацію про гінекологічні злочи́ні новоутворення, побутові та пов'язані з пологами травми, нещодавні операції.

Фізичне обстеження має бути спрямоване на виявлення локалізації тазового болю. Слід перевірити червну порожнину і таз пацієнтки на наявність:

- хірургічних рубців,
- новоутворень,
- тригерних точок,
- збільшення матки,
- виділень з піхви,
- сторонніх матеріалів, таких, як сітка після попередніх операцій з приводу випадіння тазових органів.

Під час огляду зовнішніх статевих органів слід звернути увагу на виявлення ознак запалення, інфекції або дерматологічних змін. У разі будь-яких підозрілих уражень необхідно провести біопсію.

Для виявлення болючих ділянок зовнішніх статевих органів можна використовувати ватний тампон або ватну паличку. У цьому тесті ватним тампоном обережно торкаються таких ділянок, як внутрішня поверхня стегна, лобок, великі статеві губи, клітор, малі статеві губи, парауретральні залози Скіна, бартолінові залози та задня частина присінка. Пацієнтки описують легкий дотик як безболісний, легкий, помірний або сильний біль [10, 11].

Під час огляду у дзеркалах будь-які аномальні виділення з піхви необхідно віддати на аналіз. Слід відзначати вагінальну атрофію. Бімануальне обстеження може виявити будь-яку болючість при рухах шийки матки, матки, сечового міхура чи придатків або будь-які утвори, що пальпуються. Також треба оцінити положення, розмір і контур матки. М'язи тазового дна необхідно обстежити на наявність тригерних точок, відзначити гіпертонус або болючість м'язів [1–4, 12].

Є кілька лабораторних тестів або візуалізаційних досліджень, які допомагають у діагностиці гінекологічних причин ХТБ. Для скринінгу інфекційної етіології можна використовувати вагінальний посів, тести на гонорею та хламідіоз, а також загальний аналіз крові [9, 13]. Трансвагінальне ультразвукове дослідження (УЗД) є корисним для виявлення наявності патологій органів малого таза, таких, як ендометріом, аденоміоз або гідросальпінкс [14–16]. Магнітно-резонансну томографію (МРТ) органів малого таза

можна використовувати як доповнення до УЗД для оцінювання патологій у тазі [17–19].

У пацієнок із недіагностованим ХТБ після повного обстеження, включаючи анамнез, фізикальне обстеження, відповідні лабораторні та візуалізаційні дослідження, можна розглянути можливість застосування діагностичної лапароскопії. Найпоширенішою знахідкою під час лапароскопії у пацієнок із ХТБ є зростовий процес, потім ендометріоз [20]. При цьому одна із переваг лапароскопії – можливість одночасної діагностики та лікування патології.

### Діагностика та лікування

#### Ендометріоз та аденоміоз

Ендометріоз є одним із найпоширеніших гінекологічних розладів, його діагностують у близько 90% пацієнок із ХТБ [21]. Пацієнтки з ендометріозом можуть відчувати біль, пов'язаний із менструальним циклом та/або статевим актом. Результати при фізикальному обстеженні можуть суттєво відрізнятись у різних пацієнок – від повної норми до пальпації болісних вузликів [22].

Лапароскопія з гістологічним підтвердженням є «золотим стандартом» діагностики ендометріозу [23]. Медикаментозне лікування ендометріозу включає вживання пероральних нестероїдних протизапальних засобів, прогестинів, комбінованих оральних контрацептивів, застосування левоноргестрелвмісної внутрішньоматкової системи (ЛНГ-ВМС), даназолу і агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону (ГнРГ) [21, 24–26]. Хірургічне лікування ендометріозу під час діагностичної лапароскопії засвідчило зменшення захворюваності та болю [27].

Аденоміоз – це наявність ендометріальних залоз і стромы в міометрії [28]. У пацієнок зазвичай спостерігаються аномальні маткові кровотечі, біль, пов'язаний з менструальним циклом, і ХТБ [29]. УЗД і МРТ демонструють подібну чутливість у діагностиці аденоміозу, але МРТ має вищу специфічність [30]. Зрештою, аденоміоз – це гістологічний діагноз [31].

Медикаментозна терапія аденоміозу подібна до терапії ендометріозу. ЛНГ-ВМС, агоністи ГнРГ, даназол, пероральні прогестини та інгібітори ароматази були ефективними у лікуванні симптомів, пов'язаних з аденоміозом [31–33]. Хірургічне лікування включає операції зі збереження фертильності, такі, як ексцизія або циторедуктивні процедури, а також процедури, що не зберігають фертильності, наприклад абляція ендометрія, емболізація маткової артерії або гістеректомія [34].

#### Вульводинія

Вульварний больовий синдром або вульводинія – це біль у вульві без визначеної причини протягом принаймні 3 міс [35]. Біль може бути локалізованим або генералізованим, при цьому може провокуватись (дотик ватною паличкою, статевий акт або уведення тампона) або бути спонтанним [35, 36]. Початок може бути як первинним, так і вторинним. Характер болю – періодичний, постійний, миттєвий або відтермінований [11, 25]. Пацієнтки зазвичай описують біль як пекучий, подразнюючий чи такий, що «жалить».

Хоча точна етіологія вульводинії невідома, певні фактори пов'язані з цим синдромом. Вульводинія може бути спровокована вагінальними інфекціями та використанням комбінованих гормональних контрацептивів [37, 38]. Вона пов'язана з іншими больовими синдромами та супутніми захворюваннями, такими, як дисфункція м'язів тазового дна з високим тонусом, фіброміалгія, інтерстиціальний цистит/синдром болючого сечового міхура та синдром подразненого кишечника [39, 40]. Пацієнтки з вульводинією також демонструють центральні та периферійні неврологічні зміни порівняно з пацієнтками без цього захворювання [41–43].

Трициклічні антидепресанти і протисудомні препарати використовували для лікування вульводинії [44]. В одному дослідженні жінки, які вживали трициклічний антидепресант, мали більше шансів зменшити біль порівняно з тими, хто його не отримував [45]. Однак інші дослідження не змогли продемонструвати терапевтичної різниці між трициклічним антидепресантом та плацебо [46, 47].

У рандомізованому контрольованому дослідженні протисудомні препарати самі по собі не зменшили біль під час тесту з ватним тампоном або біль під час статевому акту порівняно з плацебо, але було встановлено, що трициклічні антидепресанти у поєднанні з протисудомними препаратами зменшують симптоми болю у пацієнток з вульводинією [48, 49].

Основним показанням до місцевого лікування є спровокована локалізована вульводинія. У проспективному дослідженні за участю 150 пацієнток трициклічні антидепресанти у формі 2% крему продемонстрували 56% відповідь у пацієнток з диспареунією, 10% пацієнток досягли безболісного статусу [50].

У ретроспективному дослідженні за участю 38 пацієнток трициклічні антидепресанти (2% крем) із міорелаксантом 2% кремом був продемонстрований більш низький рівень болю під час статевому акту у пацієнток із вульводинією [51]. У когортному до-

слідженні з участю жінок зі спровокованою вульводинією використання щовечора 5% лідокаїнової мазі продемонструвало зменшення щоденного болю та пов'язаного зі статевим актом [52].

Хірургічне лікування вульводинії складається з ексцизії вульви та вестибулектомії – його часто призначають пацієнткам, які зазнали невдачі при всіх попередніх спробах лікування [44].

#### **Дисфункція тазового дна з високим тонусом**

Дисфункція тазового дна з високим тонусом характеризується гіпертонусом м'язів тазового дна та болем при проникненні, стисненні або пальпації м'язів тазового дна [53]. Дисфункція м'язів тазового дна пов'язана з дисфункцією сечовипускання та дефекації, а також сексуальними розладами у жінок [1, 54]. Підраховано, що 87% пацієнток з інтерстиціальним циститом також мають супутню дисфункцію тазового дна з високим тонусом [55].

Тонус м'язів тазового дна можна оцінити за допомогою пальцевого дослідження, щоб визначити здатність жінки скорочувати та розслабляти м'язи тазового дна. Під час обстеження м'язи тазового дна пальпують з легким натиском, і пацієнтці пропонують скорочувати та розслабляти м'язи тазового дна, не скорочуючи м'язи живота, сідниці або привідні м'язи [54]. Пацієнтки можуть відчувати біль під час натискання або вони можуть бути не в змозі забезпечити адекватне скорочення м'язів тазового дна.

Вагінальна пальпація є стандартом для оцінювання м'язів тазового дна. У табл. 2 наведено перелік загальноприйнятих термінів, які використовуються під час обстеження м'язів тазового дна. Інші методи, такі, як манометрія тазового дна, динамометрія, електроміографія та УЗД тазового дна або МРТ, також можна використовувати для оцінювання м'язів тазового дна [56–59].

Лікування дисфункції тазового дна з високим тонусом включає фізіотерапію тазового дна, ін'єкції

Таблиця 2

**Обстеження м'язів тазового дна**

Термінологія	Опис
Тонус м'язів	Стійкість тканини до розтягування або пасивного руху
Нормальні м'язи тазового дна	Довільно і мимовільно скорочуються і розслабляються
Гіперактивні м'язи тазового дна	Не розслабляються (навіть можуть скорочуватися, коли функціонально потрібна релаксація)
Гіпоактивні м'язи тазового дна	Не можуть довільно скорочуватися
Не функціонуючі м'язи тазового дна	Ніякої дії не відчутно
Спазм м'язів тазового дна або міалгія тазового дна	Наявність скорочених, болючих м'язів при пальпації та підвищеного тиску у стані спокою при вагінальній манометрії
Болючість м'язів тазового дна	Відчуття болю або дискомфорту, спричинене пальпацією м'язів тазового дна
Гіпертонус	Загальне підвищення м'язового тонусу (підвищена скоротлива активність або пасивна ригідність м'язів)
Гіпотонус	Загальне зниження м'язового тонусу (зниження скоротливої активності або пасивна ригідність м'язів)
Сила м'язів	Силоутворювальна здатність м'язів
Витривалість м'язів	Здатність підтримувати майже максимальну або максимальну силу, оцінюється за часом, коли людина здатна підтримувати максимальне статичне або ізометричне скорочення



## Лікування статевої дисфункції у жінок

Немедикаментозна терапія	Фармакологічна терапія	
	Гормональна	Не гормональна
Фізіотерапія	Естроген	Агоністи серотонінових рецепторів 1А та антагоністів 2А
Вагінальні дилататори	Селективні модулятори естрогенових рецепторів	
	Тестостерон	
	Дегідроепіандростерон	

міофасціальних тригерних точок та інтравагінальне введення транквілізатора бензодіазепінового ряду [53, 60, 91]. Фізіотерапія м'язів тазового дна зосереджена на використанні методів міофасціального розслаблення, біологічного зворотного зв'язку та електричної стимуляції, засвідчила свою ефективність у зменшенні дисфункції м'язів тазового дна [61].

Тригерні точки – це гіперподразливі ділянки, які при пальпації складаються з натягнутих смуг скелетних м'язів [54]. Існують різні техніки та ліки для ін'єкцій у тригерні точки, наприклад, суха голка, ін'єкція місцевих анестетиків або ботулотоксину.

Техніка сухої голки полягає у розміщенні тонкої голки у тригерних точках з використанням швидких маневрів введення та виведення [62]. Кілька досліджень встановили, що техніка сухої голки так само ефективна, як місцева ін'єкція анестетиків [63, 64].

Найпоширеніші місцеві анестетики для ін'єкцій тригерних точок – 2% лідокаїну, 0,5% бупівакаїну та 0,5% ропівакаїну, і приблизно від 3,5 до 5 см<sup>3</sup> розчину вводять з кожного боку тазового дна [62]. Розтягування та/або масаж після ін'єкцій тригерних точок покращує результат.

Ін'єкції ботоксу у м'язи тазового дна використовували для лікування рефрактерної дисфункції м'язів [65, 66]. В одному дослідженні після ін'єкції ботокса (загалом 300 ОД) у м'язи тазового дна під контролем електроміографії пацієнтки продемонстрували зменшення болю та дистресу під час повсякденної діяльності, пов'язаної з тазовим дном, а також об'єктивне покращення вагінального тону у спокої, яке зберігалося протягом 24 тиж [66].

### Жіноча сексуальна дисфункція

Сексуальна дисфункція поширена у жінок і може виникнути у будь-якому віці. В одному епідеміологічному дослідженні, проведеному у США, 43% жінок віком понад 18 років повідомили про певну форму жіночої сексуальної дисфункції [67]. Вона включає різні розлади: розлад жіночого сексуального інтересу/збудження, розлад жіночого оргазму та генітально-тазовий біль/розлад проникнення [68]. Симптоми, пов'язані зі статевою дисфункцією, повинні бути наявні принаймні 75% часу протягом 6 міс і спричинити виражений особистий дистрес [68].

Діагноз жіночої статевої дисфункції можна встановити шляхом клінічних інтерв'ю, а також за допомогою різноманітних перевірених опитувальників щодо статевої функції. Індекс жіночої сексуальної

функції – це анкета з 19 пунктів, яка складається з власних оцінок пацієнок та за якою оцінюють кілька параметрів сексуальної функції [69, 70]. Шкала жіночого сексуального дистресу – це шкала з 13 пунктів, за якою оцінюють дистрес, пов'язаний із низьким сексуальним бажанням [69,71].

Лікування сексуальної дисфункції у жінок варіюється від зміни способу життя до немедикаментозних і фармакологічних методів лікування (табл. 3).

Зміни способу життя включають зменшення маси тіла, достатню кількість сну та фізичних вправ, лікування розладів настрою та інших супутніх захворювань [72–76, 92]. Модифікація дієти, наприклад, дієта з низьким вмістом оксалатів або відмова від певних кислих продуктів (кава, алкоголь, помідори та спеції), може допомогти зменшити симптоми, пов'язані з вульводинією та інтерстиціальним циститом/синдромом подразненого сечового міхура, таким чином зменшуючи біль, пов'язаний із сексуальною дисфункцією [8, 44, 77, 78].

Фармакологічне лікування жіночої сексуальної дисфункції включає як гормональні, так і негормональні варіанти. Гормональні препарати включають естроген і тестостерон.

Естроген можна вводити перорально, трансдермально або вагінально (креми, таблетки або кільця), і він може покращити сексуальне бажання та збудження, а також зменшити диспареунію [8, 70, 84, 91, 92]. Селективні модулятори естрогенових рецепторів, які діють як агоніст естрогену у вагінальному епітелії, можна використовувати для лікування диспареунії, пов'язаної з вагінальною атрофією [85].

Дослідження встановили, що тестостерон підвищує сексуальне бажання, оргазм і задоволення від збудження, хоча він не схвалений у США для лікування жіночої сексуальної дисфункції [86]. Препарати тестостерону доступні у трансдермальній, пероральній та гранульованій формі.

Дегідроепіандростеронові вагінальні супозиторії при щоденному використанні засвідчили свою ефективність у зменшенні вагінальної атрофії та болю, пов'язаних із сексуальною активністю, порівняно з плацебо [87,88].

Негормональні варіанти включають використання агоністів серотонінових рецепторів 1А та антагоністів 2А, що збільшує сексуальний потяг і кількість та якість сексуальних актів порівняно з плацебо у жінок у перменопаузі [89, 90, 92].

## ВИСНОВКИ

Діагностика та лікування хронічного тазового болю можуть бути складними. Важливо, щоб лікарі знали усі аспекти синдрому хронічного тазового болю, щоб забезпечити належну допомогу пацієнткам.

Ретельний збір анамнезу і фізикальне обстеження, спрямовані на виявлення причин болю, можуть допомогти визначити наступний крок у лікуванні. Комп-

лексне оцінювання з урахуванням усіх сфер синдрому хронічного тазового болю вимагає мультидисциплінарного підходу.

Оскільки цей огляд зосереджений лише на найпоширеніших гінекологічних причинах хронічного тазового болю, доцільно розглянути інші, негінекологічні, джерела хронічного тазового болю: урологічні, шлунково-кишкові, опорно-рухові, неврологічні та психологічні.

## Відомості про авторів

**Шурпяк Сергій Олександрович** – д-р мед. наук, проф., кафедра сімейної медицини, факультет післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; тел.: (097) 051-42-21. *E-mail: serhiy\_shurpyak@yahoo.com*

ORCID:0000-0002-5445-6375

**Пирогова Віра Іванівна** – д-р мед. наук, проф., завідувачка, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, факультет післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; тел.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

**Козловський Ігор Валерійович** – канд. мед наук, доцент, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, факультет післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; тел.: (067) 933-56-59. *E-mail: kozlovskyyi@gmail.com*

ORCID:0000-0003-1245-6091

## Information about the authors

**Shurpyak Serhiy O.** – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Family Medicine, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (097) 051-42-21. *E-mail: serhiy\_shurpyak@yahoo.com*

ORCID:0000-0002-5445-6375

**Pyrohova Vira I.** – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

**Kozlovskyy Ihor V.** – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (067) 933-56-59. *E-mail: kozlovskyyi@gmail.com*

ORCID:0000-0003-1245-6091

## ПОСИЛАННЯ

- Dogweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, Drake MJ, Frawley H, Nordling J, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(4):984-1008. doi: 10.1002/nau.23072.
- Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J. Guidelines on chronic pelvic pain [Internet]. *Eur Assoc Urol.* 2018. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>.
- Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician.* 2014;17(2):E141-7.
- Stein SL. Chronic pelvic pain. *Gastroenterol Clin North Am.* 2013;42(4):785-800. doi: 10.1016/j.gtc.2013.08.005.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract.* 2001;51(468):541-7.
- International Association For the Study of Pain. Chronic pelvic and urogenital pain syndromes. *Pain Clin Update.* 2008;(16):1-4.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(11):1156-61. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08141.x.
- Dawson ML, Shah NM, Rinko RC, Veselis C, Whitmore KE. The evaluation and management of female sexual dysfunction. *J Fam Pract.* 2017;66(12):722-8.
- Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician.* 2016;93(5):380-7.
- Shah M, Hoffstetter S. Vulvodynia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41:453-64.
- Stenson AL. Vulvodynia: Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2017;44(3):493-508. doi: 10.1016/j.ogc.2017.05.008.
- Whitmore KE, Kellogg-Spadt S, Fletcher E. Comprehensive assessment of pelvic floor dysfunction. *Incontinence.* 1998;1-10.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain (Green-top Guideline No. 41) Oxford: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2012. 16 p.
- Hoyos LR, Johnson S, Puschek E. Endometriosis and Imaging. *Clin Obstet Gynecol.* 2017;60(3):503-16. doi: 10.1097/GRF.0000000000000305.
- Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;20(6):630-4. doi: 10.1046/j.1469-0705.2002.00862.x.
- Nisenblat V, Bossuyt PM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):CD009591. doi: 10.1002/14651858.CD009591.pub2.
- Gordts S, Grimbizis G, Campo R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. *Fertil Steril.* 2018;109(3):380-8.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.01.006.
- Vinci V, Saldari M, Sergi ME, Bernardo S, Rizzo G, Porpora MG, et al. MRI, US or real-time virtual sonography in the evaluation of adenomyosis? *Radiol Med.* 2017;122(5):361-8. doi: 10.1007/s11547-017-0729-7.
- Sofic A, Husic-Selimovic A, Katica V, Jahic E, Delic U, Sehic A, et al. Magnetic Resonance Imaging (MRI) and Transvaginal Ultrasonography (TVU) at Ovarian Pain Caused by Benign Ovarian Lesions. *Acta Inform Med.* 2018;26(1):15-8. doi: 10.5455/aim.2018.26.15-18.
- Sharma D, Dahiya K, Duhan N, Bansal R. Diagnostic laparoscopy in chronic pelvic pain. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(2):295-7. doi: 10.1007/s00404-010-1354-z.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2014;101(4):927-35. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.012.
- Donnez J, Nisolle M, Smoes P, Gillet N, Beguin S, Casanas-Roux F. Peritoneal endometriosis and «endometri-

- otic» nodules of the rectovaginal septum are two different entities. *Fertil Steril.* 1996;66(3):362-8.
23. Kavoussi SK, Lim CS, Skinner BD, Lebovic DI, As-Sanie S. New paradigms in the diagnosis and management of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(4):267-76. doi: 10.1097/GCO.0000000000000288.
24. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Vendola N, Marchini M, Crosignani PG. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril.* 1993;60(1):75-9.
25. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Aimi G, Zaina B, Crosignani PG. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertil Steril.* 2003;80(2):305-9. doi: 10.1016/s0015-0282(03)00608-3.
26. Waller KG, Shaw RW. Gonadotropin-releasing hormone analogues for the treatment of endometriosis: long-term follow-up. *Fertil Steril.* 1993;59(3):511-5. doi: 10.1016/s0015-0282(16)55791-4.
27. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(3):CD009590. doi: 10.1002/14651858.
28. Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis. *Hum Reprod Update.* 1998;4(4):312-22. doi: 10.1093/humupd/4.4.312.
29. Taran FA, Stewart EA, Brucker S. Adenomyosis: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Phenotype and Surgical and Interventional Alternatives to Hysterectomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2013;73(9):924-31. doi: 10.1055/s-0033-1350840.
30. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Srensen JS, Ledertoug S, Olesen F. Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography for the diagnosis of adenomyosis. *Fertil Steril.* 2001;76(3):588-94. doi: 10.1016/s0015-0282(01)01962-8.
31. Abbott JA. Adenomyosis and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-A)-Pathogenesis, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;40:68-81. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.006.
32. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Akgul MA, Kaplan M, Karcaaltincaba M, Haberal A, et al. Comparison of levonorgestrel intrauterine system versus hysterectomy on efficacy and quality of life in patients with adenomyosis. *Fertil Steril.* 2011;95(2):497-502. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.10.009.
33. Badawy AM, Elnashar AM, Mosbah AA. Aromatase inhibitors or gonadotropin-releasing hormone agonists for the management of uterine adenomyosis: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Apr;91(4):489-95. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01350.x.
34. Alvi FA, Glaser LM, Chaudhari A, Tsai S, Milad MP. New paradigms in the conservative surgical and interventional management of adenomyosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2017;29(4):240-8. doi: 10.1097/GCO.0000000000000371.
35. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2016;127(4):745-51. doi: 10.1097/AOG.0000000000001359.
36. Morrissey D, Ginzburg N, Whitmore K. Current advancements in the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain. *Curr Opin Urol.* 2014;24(4):336-44. doi: 10.1097/MOU.0000000000000062.
37. Edwards L. Vulvodynia. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(1):143-52. doi: 10.1097/GRF.0000000000000093.
38. Harlow BL, Vitonis AF, Stewart EG. Influence of oral contraceptive use on the risk of adult-onset vulvodynia. *J Reprod Med.* 2008;53(2):102-10.
39. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):145-51. doi: 10.1097/AOG.0b013e31825957cf.
40. Gardella B, Porru D, Nappi RE, Dacc MD, Chiesa A, Spinillo A. Interstitial cystitis is associated with vulvodynia and sexual dysfunction – a case-control study. *J Sex Med.* 2011;8(6):1726-34. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02251.x.
41. Pukall CF, Strigo IA, Binik YM, Amsel R, Khalifé S, Bushnell MC. Neural correlates of painful genital touch in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain.* 2005;115(1-2):118-27. doi: 10.1016/j.pain.2005.02.020.
42. Weström LV, Willén R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol.* 1998;91(4):572-6.
43. Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS. Defective regulation of the proinflammatory immune response in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(4):696-700. doi: 10.1067/mob.2002.121869.
44. De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, Fabregat-Cid G, Villanueva-Perez VL, Monsalve Dolz V, et al. Vulvodynia--An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. *Pain Pract.* 2016;16(2):204-36. doi: 10.1111/papr.12274.
45. Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis.* 2006;10:245-51.
46. Foster DC, Kotok MB, Huang LS, Watts A, Oakes D, Howard FM, et al. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010;116(3):583-93. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e9e0ab.
47. Brown CS, Wan J, Bachmann G, Rosen R. Self-management, amitriptyline, and amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(2):163-9. doi: 10.1089/jwh.2007.0676.
48. Brown CS, Bachmann GA, Wan J, Foster DC; Gabapentin (GABA) Study Group. Gabapentin for the Treatment of Vulvodynia: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2018;131(6):1000-07. doi: 10.1097/AOG.0000000000002617.
49. Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, Frickey N, Ellend A, Gleiss A, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wien Klin Wochenschr.* 2005;117(21-22):761-8. doi: 10.1007/s00508-005-0464-2.
50. Pagano R, Wong S. Use of amitriptyline cream in the management of entry dyspareunia due to provoked vestibulodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):394-7. doi: 10.1097/LGT.0b013e3182449bd6.
51. Nyirjesy P, Lev-Sagie A, Mathew L, Culhane JF. Topical amitriptyline-baclofen cream for the treatment of provoked vestibulodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2009;13(4):230-6. doi: 10.1097/LGT.0b013e31819663ee.
52. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol.* 2003;102(1):84-7. doi: 10.1016/s0029-7844(03)00368-5.
53. Rogalski MJ, Kellogg-Spatt S, Hoffmann AR, Fariello JY, Whitmore KE. Retrospective chart review of vaginal diazepam suppository use in high-tone pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(7):895-9. doi: 10.1007/s00192-009-1075-7.
54. Dhingra C, Kellogg-Spatt S, McKinney TB, Whitmore KE. Urogynecological causes of pain and the effect of pain on sexual function in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012;18(5):259-67. doi: 10.1097/SPV.0b013e3182686631.
55. Peters KM, Carrico DJ, Kalinowski SE, Ibrahim IA, Diokno AC. Prevalence of pelvic floor dysfunction in patients with interstitial cystitis. *Urology.* 2007;70(1):16-8. doi: 10.1016/j.urology.2007.02.067.
56. B K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther.* 2005;85(3):269-82.
57. Dumoulin C, Bourbonnais D, Lemieux MC. Development of a dynamometer for measuring the isometric force of the pelvic floor musculature. *NeuroUrol Urodyn.* 2003;22(7):648-53. doi: 10.1002/nau.10156.
58. Dietz HP, Haylen BT, Broome J. Ultrasound in the quantification of female pelvic organ prolapse. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;18(5):511-4. doi: 10.1046/j.0960-7692.2001.00494.x.
59. Morin M, Bergeron S, Khalifé S, Mayrand MH, Binik YM. Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound. *J Sex Med.* 2014;11(3):776-85. doi: 10.1111/jsm.12367.
60. Crisp CC, Vaccaro CM, Estanol MV, Oakley SH, Kleeman SD, Fellner AN, et al. Intra-vaginal diazepam for high-tone pelvic floor dysfunction: a randomized placebo-controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1915-23. doi: 10.1007/s00192-013-2108-9.
61. Arnouk A, De E, Rehfuuss A, Cappadocia C, Dickson S, Lian F. Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Curr Urol Rep.* 2017;18(6):47. doi: 10.1007/s11934-017-0694-7.
62. Moldwin RM, Fariello JY. Myofascial trigger points of the pelvic floor: associations with urological pain syndromes and treatment strategies including injection therapy. *Curr Urol Rep.* 2013;14(5):409-17. doi: 10.1007/s11934-013-0360-7.
63. Cummings TM, White AR. Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001;82(7):986-92. doi: 10.1053/apmr.2001.24023.
64. Ay S, Evcik D, Tur BS. Comparison of injection methods in myofascial pain syndrome: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol.* 2010 ;29(1):19-23. doi: 10.1007/s10067-009-1307-8.
65. El-Khawand D, Wehbe S, Whitmore K. Botulinum toxin for conditions of the female pelvis. *Int Urogynecol J.* 2013;24(7):1073-81. doi: 10.1007/s00192-012-2035-1.
66. Morrissey D, El-Khawand D, Ginzburg N, Wehbe S, O'Hare P 3rd, Whitmore K. Botulinum Toxin A Injections Into Pelvic Floor Muscles Under Electromyographic Guidance for Women With Refractory High-Tone Pelvic Floor Dysfunction: A 6-Month Prospective Pilot Study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2015;21(5):277-82. doi: 10.1097/SPV.0000000000000177.
67. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898c0b.
68. Albery E, Defever S, Moreau C, De Gaudenzi R, Ginesi A, Rinaldo R, et al. Adaptive Coding and Modulation for the DVB-S2 Standard Interactive Applications: Capacity Assessment and Key System Issues. *IEEE Wireless Communications.* 2007;14(4):61-9. doi: 10.1109/MWC.2007.4300985.
69. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013;100(4):898-904. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.08.006.
70. Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E, et al. An In-



- ternational Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2018;37(4):1220-40. doi: 10.1002/nau.23508.
71. Derogatis L, Clayton A, Lewis D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2008;5(2):357-64. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x.
72. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):477-86. doi: 10.1097/AGG.0000000000000620.
73. Halis F, Yildirim P, Kocaaslan R, Cecen K, Gokce A. Pilates for Better Sex: Changes in Sexual Functioning in Healthy Turkish Women After Pilates Exercise. *J Sex Marital Ther.* 2016;42(4):302-8. doi: 10.1080/0092623X.2015.1033576.
74. Aversa A, Bruzziches R, Francomano D, Greco EA, Violi F, Lenzi A, et al. Weight loss by multidisciplinary intervention improves endothelial and sexual function in obese fertile women. *J Sex Med.* 2013;10(4):1024-33. doi: 10.1111/j.12069.
75. Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60(3):196-205. doi: 10.1097/01.ogx.0000157978.91721.0f.
76. Kalmbach DA, Arnedt JT, Pillai V, Ciesla JA. The impact of sleep on female sexual response and behavior: a pilot study. *J Sex Med.* 2015;12(5):1221-32. doi: 10.1111/jsm.12858.
77. O'Hare PG 3rd, Hoffmann AR, Allen P, Gordon B, Salin L, Whitmore K. Interstitial cystitis patients' use and rating of complementary and alternative medicine therapies. *Int Urogynecol J.* 2013;24(6):977-82. doi: 10.1007/s00192-012-1966-x.
78. Wehbe SA, Fariello JY, Whitmore K. Minimally invasive therapies for chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep.* 2010;11(4):276-85. doi: 10.1007/s11934-010-0120-x.
79. Bakker RM, ter Kuile MM, Vermeer WM, Nout RA, Mens JW, van Doorn LC, et al. Sexual rehabilitation after pelvic radiotherapy and vaginal dilator use: consensus using the Delphi method. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24(8):1499-506. doi: 10.1097/IGC.0000000000000253.
80. Miles T, Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD007291. doi: 10.1002/14651858.CD007291.pub2.
81. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;10(10):CD005654. doi: 10.1002/14651858.CD005654.pub4.
82. Jha S, Walters SJ, Bortolami O, Dixon S, Alshreef A. Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): a randomised controlled trial. *Physiotherapy.* 2018;104(1):91-7. doi: 10.1016/j.physio.2017.06.003.
83. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, Fletcher E, Kellogg-Spadt S, Holzberg AS, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology.* 2004;64(5):862-5. doi: 10.1016/j.urolgy.2004.06.065.
84. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013;100(4):905-15. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.08.026.
85. Constantine G, Graham S, Portman DJ, Rosen RC, Kingsberg SA. Female sexual function improved with ospemifene in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: results of a randomized, placebo-controlled trial. *Climacteric.* 2015;18(2):226-32. doi: 10.3109/13697137.2014.954996.
86. Goldstein I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. *J Sex Med.* 2007;4(3):235-53. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00450.x.
87. Labrie F, Archer DF, Martel C, Vaillancourt M, Montesino M. Combined data of intravaginal prasterone against vulvovaginal atrophy of menopause. *Menopause.* 2017;24(11):1246-56. doi: 10.1097/GME.0000000000000910.
88. Labrie F, Archer DF, Koltun W, Vachon A, Young D, Frenette L, et al. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. *Menopause.* 2016;23(3):243-56. doi: 10.1097/GME.0000000000000571.
89. Simon JA, Kingsberg SA, Shumel B, Hanes V, Garcia M Jr, Sand M. Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. *Menopause.* 2014;21(6):633-40. doi: 10.1097/GME.0000000000000134.
90. Jaspers L, Feys F, Brammer WM, Franco OH, Leusink P, Laan ET. Efficacy and Safety of Flibanserin for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):453-62. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8565.
91. Shurpyak SO, Solomko OB. Chronic pelvic pain in women, stages and diagnostic methods (literature review). *Women's Reprod Health.* 2022;2:25-34.
92. Matviyukiv NI. Evaluation of the quality of life and psychological state of women with chronic inflammatory processes of the pelvic organs against the background of pelvic pain. *Women's Reprod Health.* 2021;2(47):69-72.

*Стаття надійшла до редакції 05.01.2023. – Дата першого рішення 11.01.2023. – Стаття подана до друку 15.02.2023*

*Шановні читачі!*

## **Передплатна кампанія на 2 півріччя 2023 року**

*триває до 16 червня поточного року*

**Оформити підписку можна у будь-якому  
відділенні АТ «Укрпошта» Вашого населеного пункту  
або в редакції журналу**