

Аналіз діагностично-лікувальних заходів при хронічному тазовому болю у жінок в рутинній клінічній практиці

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

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Хронічний тазовий біль (ХТБ) протягом тривалого часу залишається однією з важливих медико-соціальних проблем у зв'язку з варіабельністю клінічних проявів, негативним впливом на репродуктивне здоров'я і якість життя пацієнтів. Епідеміологічні дослідження свідчать, що ХТБ діагностують у 15–20% жінок репродуктивного віку. На думку багатьох авторів, діагностика та лікування ХТБ є нелегким завданням через нечіткі діагностичні критерії, різноманітність симптомів, недостатність діагностичних засобів тощо.

Мета дослідження: аналіз діагностично-лікувальних заходів за наявності тазового больового синдрому у жінок у рутинній клінічній практиці.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження медичної документації 557 жінок репродуктивного віку (19–49 років), причиною звернення яких до гінеколога була наявність ХТБ.

Результати. Виявлено значну поширеність тазового больового синдрому у пацієнок до 30 років (51,2%). У 290 жінок зі скаргами тільки на ХТБ у 15,9% випадків за відсутності гінекологічної патології діагностовано інтерстиціальний цистит (19,6%), дивертикуліт і доліхосигму (17,4%), синдром подразненої товстої кишки (23,9%), міофасціальний біль (15,2%), патологію попереково-крижового відділу хребта (10,9%).

У цій самій групі жінок верифіковано різні види гінекологічної патології: вади розвитку сечостатевої системи (3,3%), аномалії розвитку матки (9,3%), ендометріоз (24,2%), аденоміоз (8,8%), лейоміому матки (8,4%), поєднані проліферативні доброякісні захворювання статевих органів (14,9%), хронічні запальні захворювання органів малого таза (7,9%), тазовий адгезивний процес (9,8%), дисфункцію тазового дна (13,5%).

У 10,0% жінок діагноз СХТБ був встановлений за відсутності гінекологічної і негінекологічної патології.

Висновки. Виявлення причин розвитку хронічного тазового болю (ХТБ) у жінок є складним діагностичним процесом, оскільки може бути спричинений наявністю ендометріозу, поєднаних проліферативних доброякісних захворювань статевих органів, аномаліями розвитку сечостатевої системи, аденоміозу, хронічних запальних захворювань органів малого таза, тазових адгезій, дисфункцією тазового дна, веностазом. ХТБ у жінок часто є наслідком негінекологічної патології або поєднання такої з гінекологічними захворюваннями, що визначає необхідність міждисциплінарного підходу як до діагностики, так і до лікування таких пацієнок.

У рутинній клінічній практиці недостатньо уваги приділяється визначенню інтенсивності та характеристик больового синдрому, що часто поєднується із пізнім зверненням пацієнок з метою обстеження. Більш ніж у половині аналізованих випадків (51,5%) причиною звернення жінок з метою обстеження є не тазовий больовий синдром, а патологія, що могла бути пов'язана або бути наслідком захворювань, що зумовлюють розвиток ХТБ (аномальні маткові кровотечі, безпліддя тощо).

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, хронічний тазовий біль, ендометріоз, тазова веностазія, діагностика, лікування.

Analysis of diagnostic and treatment measures for chronic pelvic pain in women in routine clinical practice

S. O. Shurpyak, I. V. Kozlovskiy, V. I. Pyrohova, I. I. Okhabska

Chronic pelvic pain (CPP) for a long time remains one of the important medical and social problems due to the variability of clinical manifestations, negative impact on reproductive health and quality of patient's life. Epidemiological studies indicate that CPP occurs in 15–20% of women of reproductive age. According to many authors, diagnosis and treatment of CPP is not an easy task due to unclear diagnostic criteria, variety of symptoms, insufficient diagnostic tools, etc.

The objective: to analyze the diagnostic and therapeutic measures of women with pelvic pain syndrome in routine clinical practice.

Materials and methods. A retrospective study of the medical patient's cards of 557 women of reproductive age (19–49 years old) who were consulted by a gynecologist for CPP was conducted.

Results. A significant prevalence of pelvic pain syndrome in patients under 30 years of age (51.2%) was revealed. In 290 women with complaints only for CPP, in 15.9% of cases, in the absence of gynecological pathology, were diagnosed the following pathologies: interstitial cystitis (19.6%), diverticulitis and dolichosigma (17.4%), irritable bowel syndrome (23.9%), myofascial pain (15.2%), pathology of the lumbosacral spine (10.9%).

In the same group of women the following gynecological pathologies were found: malformations of the genitourinary system (3.3%), anomalies of the development of the uterus (9.3%), endometriosis (24.2%), adenomyosis (8.8%), leiomyoma of the

uterus (8.4%), combined proliferative benign diseases of the genitals (14.9%), pelvic inflammatory diseases (7.9%), pelvic adhesive process (9.8%), pelvic floor dysfunction (13.5%).

The diagnosis of CPP was established in 10.0% of women in the absence of gynecological and non-gynecological pathology.

Conclusions. Identifying the CPP reasons in women is a difficult diagnostic process, as it can be caused by the presence of endometriosis, combined proliferative benign diseases of the genital organs, anomalies of genitourinary system, adenomyosis, pelvic inflammatory diseases, pelvic adhesions, pelvic floor dysfunction, venocongestion. CPP in women is often a result of non-gynecological pathology or a combination of such with gynecological diseases, which determines the need for an interdisciplinary approach to both diagnosis and treatment of such patients.

In routine clinical practice, not enough attention is paid to determine the intensity and characteristics of the pain syndrome, which is often combined with late referral of patients for examination. In more than half of the analyzed cases (51.5%), the reason for women's referral for examination is not pelvic pain syndrome as such, but a pathology that could be related to or a consequence of diseases causing CPP (abnormal uterine bleeding, infertility, etc.).

Keywords: reproductive health, chronic pelvic pain, endometriosis, pelvic venocongestion, diagnosis, treatment.

Хронічний тазовий біль (ХТБ) протягом тривалого часу залишається однією з важливих медико-соціальних проблем у зв'язку з варіабельністю клінічних проявів, негативним впливом на репродуктивне здоров'я і якість життя пацієнток. Епідеміологічні дослідження свідчать, що ХТБ діагностують приблизно у 15–20% жінок репродуктивного віку [8, 15]. На думку багатьох авторів, діагностика та лікування ХТБ є не легким завданням через нечіткі діагностичні критерії, різноманітність симптомів, недостатність діагностичних засобів та супутні симптоми внаслідок інших захворювань [1, 2, 11, 23, 24].

Тазовий біль є однією з найпоширеніших причин звернення до лікаря і становить 20% від усіх амбулаторних відвідувань [13]. Біль часто пов'язаний з негативними когнітивними, поведінковими, сексуальними чи емоційними наслідками, а також із симптомами з боку нижніх відділів сечовидільного тракту, сексуальною, кишковою чи гінекологічною дисфункцією [5, 10, 18, 22].

Під синдромом ХТБ (СХТБ) розуміють наявність постійного або періодично повторюваного епізодичного тазового болю за відсутності інфекції або іншої очевидної патології, за наявності якої можна пояснити біль [9, 15]. Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain – IASP), ХТБ є самостійним захворюванням, що проявляється постійним болем у нижніх відділах живота і попереку, триває, принаймні, протягом 6 міс, призводить до функціональної неіездатності або потребує медикаментозного та/або хірургічного лікування [9, 17].

Симптоми ХТБ можуть значно варіювати як у різних пацієнтів, так і протягом часу в одного і того самого хворого. Оскільки існує широкий спектр причин із супутньою симптоматикою, лікування цього стану є серйозною проблемою для клініцистів. Опитування пацієнток з персистувальним тазовим болем свідчить про значну різноманітність рекомендованих методів лікування, незважаючи на наявність клінічних посібників, метою яких є стандартизація допомоги зазначеній категорії жінок [4, 12, 20].

Етіологія ХТБ гетерогенна, і у багатьох випадках не може бути встановлений чіткий діагноз, і саме у цьому сценарії можна застосувати поняття «синдром хронічного тазового болю» [3, 9]. Згідно з даними Міжнародного товариства з тазового болю (International Pelvic Pain Society), 20% усіх лапароскопій, а також 10–15% гістеректомій проводять з приводу тазового болю [23, 25].

Кокранівський огляд представив аналіз ефективності хірургічних втручань у жінок із СХТБ з мінімальною тривалістю болю не менше 6 міс, у тому числі з тазовою веностазією, за виключенням ендометріозу, який засвідчив, що хірургічні втручання є інвазивними, пов'язані з операційними ризиками [16]. Автори зазначають, що не впевнені щодо користі адгезіолізу або лапароскопічної абляції матково-крижової зв'язки/нерва для лікування болю у жінок із СХТБ.

Водночас деякі автори зазначають, що багато жінок з помірним тазовим болем не звертаються по медичну допомогу та залишаються без діагнозу [19, 20]. За даними гінекологічного центру університету Рочестер, який спеціалізується на вивченні тазового болю, найбільш поширеними діагнозами при ХТБ є ендометріоз (33%), інтерстиціальний цистит (28%), синдром подразненої товстої кишки (25%) та міофасціальний біль у животі та/або малому тазі (29%), однак у 71% пацієнток діагностують 2 і більше захворювань [13].

Установлення діагнозу ХТБ вимагає розширеного діагностичного пошуку, що передбачає ретельне оцінювання симптомів пацієнта, результатів фізикального обстеження, діагностичних тестів і спеціальних досліджень, при цьому локалізацію болю визначають за анамнезом та фізичним оглядом, а спеціальні дослідження тазових органів мають верифікувати його етіологію [6, 8, 10].

У діагностиці ХТБ важливо визначити локалізацію болю, а також диференціювати локальні органоспецифічні симптоми з огляду на патогенетичні аспекти формування ХТБ [4]. Європейською асоціацією урологів рекомендується базувати діагностичний алгоритм для цієї категорії пацієнтів на підставі концепції «основного мінімуму досліджень» [10]. Саме при СХТБ неможливо встановити гіпотетичну причину больового синдрому та/або призначити єдиний лікарський засіб [26].

Принаймні у половині випадків ХТБ є одна або кілька асоційованих з гінекологічною патологією нозологій, таких, як синдром подразненого кишечника, інтерстиціальний цистит/синдром хворобливого сечового міхура, люмбалгія, тазові спайки тощо [7]. Саме правильний діагностичний пошук визначає напрямок лікувальних інтервенцій, оскільки відсутність виявлення конкретної патології передбачає лікування болю відповідно до рекомендацій щодо СХТБ [14, 21].

Мета дослідження: аналіз діагностично-лікувальних заходів за наявності тазового больового синдрому у жінок в рутинній клінічній практиці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективне дослідження медичної документації 557 жінок репродуктивного віку (19–49 років), причиною звернення яких до гінекологічного відділення КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова» була наявність ХТБ.

Критеріями включення у дослідження були: репродуктивний вік, тазовий біль протягом останніх 6 міс та/або наявність диспареунії та дисменореї.

Критеріями виключення з дослідження були: розлади та захворювання психогенного характеру, які потребують госпіталізації; туберкульоз; інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), гострі запальні захворювання статевих органів; екстрагенітальна патологія у стадії субкомпенсації та компенсації; вагітність і лактація; менопауза; передчасна недостатність яєчників; злякисні новоутворення або підозра на такі.

Проведено: оцінювання скарг, клінічного стану пацієнтки та вираженості болю за візуальною аналоговою шкалою болю; аналіз перенесених урологічних і гінекологічних захворювань; репродуктивного анамнезу; інформативності бімануального та ультразвукового обстеження органів малого таза; комплексності обстеження; результатів консультацій суміжних спеціалістів; обсягу інструментальних та лабораторних досліджень; попереднього лікування, дані про що вносили у спеціально розроблену анкету.

Статистичне оброблення одержаних результатів проведено з використанням програм Microsoft Excel і Statistica 6.0. Різницю показників вважали вірогідною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Привертала на себе увагу значна поширеність тазового больового синдрому у молодих пацієнток віком до 30 років – 51,2% (табл. 1).

У значній кількості пацієнток тазовий больовий синдром спостерігався за наявності інших скарг (табл. 2).

Дисменорея була основною скаргою у пацієнток віком 18–20 років ($p < 0,05$), у жінок віком понад 20 років відзначено переважання ХТБ (див. табл. 2). Аналогічна тенденція спостерігається щодо диспареунії, про яку повідомляли майже кожна п'ята пацієнтка віком 30–39 років і кожна третя – у віці 40–49 років.

Період від появи скарг на тазовий біль до першого звернення по медичну допомогу у віковій групі 18–20 років становить від 1 до 2 років (у середньому $1,1 \pm 0,5$ року), 21–25 років – від 6 міс до 1 року (у середньому $9,3 \pm 0,3$ міс), тоді як у жінок віком понад 25 років тазовий біль не був основною причиною звернення по медичну допомогу. Так, у 267 (46,1%) жінок СХТБ поєднувався з аномальними матковими кровотечами (133; 49,8%), безпліддям (86; 32,2%), аномальними вагінальними виділеннями (48; 18,0%), що і було основною причиною звернення по консультацію.

В анамнезі у пацієнток досліджуваної когорти до аналізованого звернення спостерігається висока частота гінекологічної патології, у тому числі хронічних запальних процесів органів малого таза (ХЗЗОМТ) та репродуктивних втрат (рисунок).

Анамнестичні дані свідчать про недооцінення пацієнтками значущості больового синдрому у порушенні репродуктивного здоров'я і водночас можуть характе-

Таблиця 1

Вікова характеристика пацієнток із тазовим больовим синдромом, n (%)

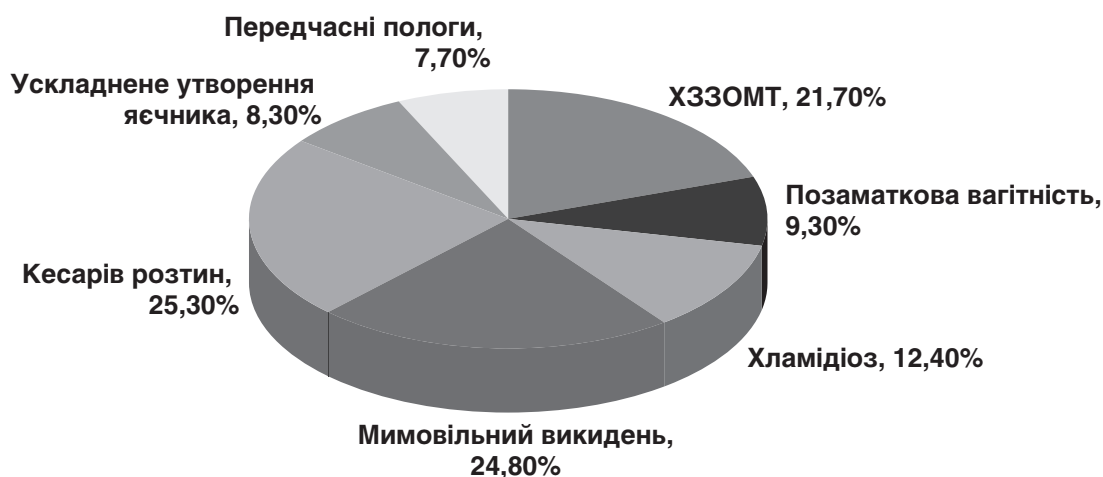
Показник	Вік, роки						
	19–20	21–25	26–30	31–35	36–40	41–44	45–49
ХТБ	86 (15,4)	92 (16,5)	107(19,2)	88 (15,8)	91 (16,3)	48 (8,6)	45 (8,1)

Таблиця 2

Причини звернення пацієнток досліджуваної когорти по медичну допомогу, n (%)

Причина	Вік пацієнток, роки			
	18–20, n=86	21–29, n=187	30–39, n=181	40–49, n=103
Больовий синдром				
Дисменорея	40 (46,5)	30 (16,0) * **	10 (5,5) * **	–
Диспареунія	–	20 (10,7)	36 (19,9) **	31 (30,1) **
Хронічний тазовий біль	11 (12,8)	38 (20,3)	43 (23,8) *	31 (30,1) * **
Порушення, поєднані з больовим синдромом				
Аномальні маткові кровотечі	21 (24,4)	50 (26,7)	40 (22,1)	22 (21,3)
Безпліддя	–	34 (18,2)	41 (22,7)	11 (10,7)
Аномальні вагінальні виділення	14 (16,3)	15 (8,0) *	11 (6,1) *	8 (7,8) *

Примітки: * – вірогідність відмінностей між групою віком 18–20 років та іншими віковими групами; ** – вірогідність відмінностей між групою віком 21–29 років та старшими віковими групами.



Анамнестична гінекологічна патологія та репродуктивний анамнез пацієнток досліджуваної когорти, %

ризувати незначну його вираженість. Слід відзначити, що детальне визначення інтенсивності тазового болювого синдрому не притаманне і гінекологам, оскільки у більшості випадків не проводили його оцінювання за візуальною аналоговою шкалою (89,8%), не визначали характер болю (81,7%), ірадіацію (65,5%), провокувальні чинники (83,8%) тощо. ХТБ як першочергову причину звернення не фіксували у медичній документації, та відповідно він не фігурував у попередньому діагнозі, що відображалось на програмі діагностичних обстежень.

Суміжними фахівцями для виключення гінекологічної причини ХТБ було скеровано 96 (17,2%) пацієнток, серед яких 26 (27,1%) були направлені урологами, 28 (29,2%) – гастроентерологами, 24 (25,0%) – неврологами і 18 (18,8%) – ортопедами-травматологами, до яких пацієнтки звертались у першу чергу. Ще однією з особливостей даної когорти пацієнток було самостійне звернення щодо ультразвукового дослідження (УЗД) до консультації гінеколога або інших спеціалістів – 125 (22,4%).

Серед комплексу обстежень, що використовували для верифікації діагнозу у 290 жінок, які скаржились тільки на ХТБ, переважали: багаторазове УЗД у режимі 2D (290; 100%), у середньому 6,5±2,3 на одну пацієнтку протягом року спостереження; УЗД у режимі 3D (52; 17,9%); лапароскопія (134; 46,2%); гістероскопія (107; 36,9%); бактеріоскопічне і молекулярно-біологічне дослідження піхвових виділень (290; 100,0%); магнітно-резонансна томографія (53; 18,3%). На консультацію до суміжних спеціалістів було скеровано 145 (50,0%) пацієнток.

За результатами обстежень 290 жінок, які скаржились тільки на ХТБ, гінекологічних захворювань не було зафіксовано у 46 (15,9%) випадках, за наявності іншої діагностованої патології – інтерстиціальний цистит (9; 19,6%), дивертикуліт і доліхосигма (8; 17,4%), синдром подразненої товстої кишки (11; 23,9%), міофасціальний біль (7; 15,2%), патологія попереково-крижового відділу хребта (5; 10,9%), частота виявлення яких зіставна з даними інших дослідників [10, 13, 21].

Однак слід зазначити, що практика обов'язкового обстеження пацієнток з ХТБ суміжними фахівцями у рутинній клінічній практиці відсутня, тому поширеність негінекологічних причин ХТБ, у тому числі у поєднанні з гінекологічними захворюваннями, в реальності може бути вищою, що можна оцінити на прикладі тазового веностенозуючого синдрому.

Так, діагноз тазової веностенозії після дообстеження судинними хірургами був установлений у 6 (13,0%) пацієнток без гінекологічних захворювань, однак аналіз даних ультразвукового обстеження органів малого таза засвідчив, що варикозне розширення вен малого таза візуалізується у значно більшій кількості пацієнток з ХТБ (60; 27,9%) і гінекологічною патологією (лейоміома матки, ендометріоз, аденоміоз) переважно у віці понад 35 років. Це вимагає диференційованої лікувальної тактики. Венозне повнокров'я у малому тазі може зумовлювати порушення кровопостачання нервових сплетень, що не дозволяє повністю виключити нейрогенний характер болю.

Як основна у 215 жінок із ХТБ була верифікована така гінекологічна патологія: аномалії розвитку сечостатевої системи (7; 3,3%), аномалії розвитку матки (20; 9,3%), ендометріоз (52; 24,2%), аденоміоз (19; 8,8%), лейоміома матки (18; 8,4%), поєднані проліферативні доброякісні захворювання статевих органів (32; 14,9%), ХЗЗОМТ (17; 7,9%), тазовий адгезивний процес (21; 9,8%), дисфункція тазового дна (29; 13,5%). Деякі автори пов'язують виникнення ХТБ із проведеними оперативними втручаннями: у 27% випадків – після лапароскопічних операцій та у 15% – після гістеректомії [7, 13, 15].

Діагноз СХТБ був встановлений у 29 (10,0%) випадках за відсутності гінекологічної і негінекологічної патології.

На підставі виявленої патології пацієнткам були рекомендовані різні схеми медикаментозної терапії (комбіновані гормональні контрацептиви, гестагени, агоністи гонадотропін-рилізінг-гормону), частині пацієнток – оперативне лікування.

ВИСНОВКИ

1. Виявлення причин хронічного тазового болю (ХТБ) у жінок є складним діагностичним процесом, оскільки він може бути спричинений наявністю: ендометріозу (24,2%), поєднаних проліферативних доброякісних захворювань статевих органів (14,9%), лейоміоми матки (8,4%), аномалій розвитку сечостатевої системи (3,3%) та матки (9,3%), аденоміозу (8,8%), хронічних запальних захворювань органів малого таза (7,9%), тазового адгезивного процесу (9,8%), дисфункції тазового дна (13,5%) та негінекологічної патології.

2. ХТБ у жінок часто є наслідком негінекологічної патології або поєднання такої з гінекологічними захво-

рюваннями, що визначає необхідність міждисциплінарного підходу як до діагностики, так і до лікування даних пацієнток.

3. У рутинній клінічній практиці недостатньо уваги приділяється визначенню інтенсивності та характеристик больового синдрому, що часто поєднується із пізнім зверненням пацієнток щодо обстеження.

4. Більш ніж у половині аналізованих випадків (51,5%) причиною звернення жінок по медичну допомогу є не сам тазовий больовий синдром, а патологія, яка могла бути пов'язана або бути наслідком захворювань, що його зумовлюють (аномальні маткові кровотечі, безпліддя тощо).

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

Козловський Ігор Валерійович – канд. мед наук, доц., 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

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

Охаська Ірина Іванівна – канд. мед. наук, доц., кафедра акушерства, гінекології та перинатології, факультет післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; тел.: (050) 371-76-77. *E-mail: i.ohabska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

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

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

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

Okhabska Iryna I. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (050) 371-76-77. *E-mail: i.ohabska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

ПОСИЛАННЯ

1. Runner RV, Genyk NO. Pelvic pain and psychoemotional status in women with ovarian endometrioma combined with pelvic inflammatory disease: choice of treatment tactics. *Clinical Experimental Pathol.* 2021;21(1):130-2. doi: 10.24061/1727-4338.XI.1.79.2022.02.
2. Nikonenko AO, Havrylenko BS. Pelvic venous congestion syndrome: historical aspects and a modern view of the problem (literature review). *Zaporizhia Med J.* 2021;23(5):723-9. doi: 10.14739/2310-1210.2021.5.224621.
3. Shurpyak SO, Solomko OB. Medico-social aspects in women of reproductive age with chronic pelvic pain. *Women's Reprod Health.* 2021;6(51):71-6. doi: 10.30841/2708-8731.6.2021.244386.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin. Number 218. *Obstetrics and Gynecology.* 2020;135(3):98-109. doi: 10.1097/AOG.0000000000003717.
5. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ES-HRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open.* 2022;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009.
6. Cohen Ben-Meir L, Soriano D, Zajicek M, Yulzari V, Bouaziz J, Beer-Gabel M, et al. The Association Between Gastrointestinal Symptoms and Transvaginal Ultrasound Findings in Women Referred for Endometriosis Evaluation: A Prospective Pilot Study. *Ultraschall Med.* 2022;43(5):e81-9. doi: 10.1055/a-1300-1887.
7. Cagnacci A, Della Vecchia E, Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. *Gynecol Endocrinol.* 2019;35(6):502-05. doi: 10.1080/09513590.2018.154057.
8. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstet Gynecol.* 2020;135(3):e98-109. doi: 10.1097/AOG.0000000000003716.
9. Doggweiler 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. *Neuro-Urol Urodyn.* 2017;36:984-1008. doi: 10.1002/nuu.23072.
10. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka I. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Chronic pelvic pain limited [Internet].* 2017. Available from: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Chronic-Pelvic-Pain-2016.pdf>.
11. Gavornik P, Holomán K, Gašpar L, Dukát A, Komorníková A, Gavorník E. Pelvic venous congestion syndrome - diagnosis and management. *Guidelines of the angiology section of slovak medical chamber.* *Vnitr Lek.* 2015;61(3):244-50.
12. Ghai V, Subramanian V, Jan H, Loganathan J, Doumouchtsis SK, Chorus R, et

- al. An International Collaboration for Harmonising Outcomes Evaluation of clinical practice guidelines (CPG) on the management of female chronic pelvic pain (CPP) using the AGREE II instrument. *Int Urogynecol J.* 2021;32(11):2899-912. doi: 10.1007/s00192-021-04848-1.
13. Howard FM, Berkley K. Chronic abdominopelvic pain in women. *Pain* 2012: refresher courses, 14th world congress on pain. Seattle: IASP Press; 2012, p. 209-25.
14. Jung KJ, Yong TK. The Diagnosis of Chronic Pelvic Pain: How Can We Detect Urological Pain? *Int Neurourol J.* 2022;26(2):87-91. doi: 10.5213/inj.2142116.058.
15. Latthe P, Latthe M, Say L, G Imezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006;6:177. doi: 10.1186/1471-2458-6-177.
16. Leonardi M, Armour M, Gibbons T, Cave A, As-Sanie S, Condous G, et al. Surgical interventions for the management of chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;12(12):CD008212. doi: 10.1002/14651858.
17. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 2020;54(2):79-86. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878.
18. Loving S, Thomsen T, Jaszczak P, Nordling J. Pelvic floor muscle dysfunctions are prevalent in female chronic pelvic pain: A cross-sectional population-based study. *Eur J Pain.* 2014;18(9):1259-70. doi: 10.1002/j.1532-2149.2014.485.x.
19. Maddern J, Grundy L, Castro J, Bri-erley SM. Pain in Endometriosis. *Front Cell Neurosci.* 2020;14:590823. doi: 10.3389/fncel.2020.590823.
20. Mardon AK, Leake HB, Szeto K, Astill T, Hilton S, Moseley GL, et al. Treatment recommendations for the management of persistent pelvic pain: a systematic review of international clinical practice guidelines. *BJOG.* 2022;129(8):1248-60. doi: 10.1111/1471-0528.17064.
21. Abreu-Mendes P, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. Myofascial Pelvic Pain: Best Orientation and Clinical Practice. Position of the European Association of Urology Guidelines Panel on Chronic Pelvic Pain. *Eur Urol Focus.* 2023;9(1):172-7. doi: 10.1016/j.euf.2022.07.007.
22. Piontek K, Ketels G, Albrecht R, Schnurr U, Dybowski C, Brünahl CA, et al. Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and female patients with chronic pelvic pain syndrome. *J Psychosom Res.* 2019;120:1-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.010.
23. Singh SS, Gude K, Perdeaux E, Gattrell WT, Becker CM. Surgical Outcomes in Patients With Endometriosis: A Systematic Review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(7):881-8.e11. doi: 10.1016/j.jogc.2019.08.004.
24. Shurpyak SO. The substantiation of differentiated therapy of the combined disgormonal pathology of reproductive organs in women of reproductive age with comorbid conditions. *Women's Reprod Health.* 2020;2(42):5-10.
25. Till SR, Wahl HN, As-Sanie S. The role of nonpharmacologic therapies in management of chronic pelvic pain: what to do when surgery fails. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2017;29(4):231-9. doi: 10.1097/GCO.0000000000000376.
26. Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. *Amer J Obstet Gynecol.* 2016;215(6):760.e1-760.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.023.

Стаття надійшла до редакції 03.08.2023. – Дата першого рішення 09.08.2023. – Стаття подана до друку 12.09.2023