



Практикующему
врачу

Хроническая тазовая боль в гинекологической практике

В.Е. Радзинский, М.Р. Оразов, И.Н. Костин

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Цель обзора: рассмотреть основные причины возникновения синдрома хронической тазовой боли (ХТБ), описать критерии объективной оценки ХТБ и эффективный алгоритм персонализированного подхода к терапии.

Основные положения. Тазовая боль негативно отражается на качестве жизни женщины из-за дезорганизации центральных механизмов регуляции важнейших функций организма, неблагоприятно воздействует на психологическое состояние пациенток, их трудоспособность, социальное функционирование и семейные отношения. ХТБ может быть следствием различных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Специфический анамнез должен определить локализацию, интенсивность, динамические и возможные патофизиологические и этиологические характеристики боли. Цель лечения тазовой боли — подавить гиперактивность ноцицептивных нейронов, разрушив генераторы патологически усиленного возбуждения, что может обеспечить частичную или полную ликвидацию патогенной алгической системы. Лечение синдрома ХТБ целиком зависит от основного заболевания.

Заключение. Под маской синдрома ХТБ может протекать множество заболеваний, требующих вмешательства невролога, уролога, нефролога, сосудистого хирурга, остеопата и даже психиатра. Однако именно акушер-гинеколог должен быть главным участником многоуровневого дифференциально-диагностического поиска, так как женщина, страдающая ХТБ, в первую очередь придет на амбулаторный прием к гинекологу.
Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, дисменорея, эндометриоз, алгология.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Костин И.Н. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике // Доктор.Ру. 2019. № 7 (162). С. 30–35. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-162-7-30-35



For Practicing
Physicians

Chronic Pelvic Pain in Gynecological Practice

V.E. Radzinsky, M.R. Orazov, I.N. Kostin

Peoples' Friendship University of Russia; 6 Miklouho-Maclay St., Moscow, Russian Federation 117198

Objective of the Review: To describe the main causes of chronic pelvic pain (CPP), provide criteria for objective assessment of CPP, and suggest an effective algorithm for individually tailored treatment.

Key Points: Pelvic pain has an adverse impact on women's quality of life, as it leads to disorganization of the central regulation of key bodily functions. It is also detrimental to patients' psychological well-being, ability to work, social functioning, and family relationships. CPP may result from various gynecological or extragenital disorders. A specifically pain-related history must be taken to elucidate the location, intensity, dynamic, and possible pathophysiological and etiological characteristics of the pain. The aim of therapeutic interventions for pelvic pain is to inhibit the hyperactive nociceptive neurons by eliminating generators of increased excitement, which may lead to partial or complete disappearance of the abnormal pain system. Treatment of CPP depends entirely on the underlying disorder.

Conclusion: CPP may mimic many diseases that require attention from a neurologist, urologist, nephrologist, vascular surgeon, osteopathic physician, or even psychiatrist. Nevertheless, the multilevel differential diagnosis required in such cases should be led by an obstetrician-gynecologist, since the first doctors women suffering from CPP visit are gynecologists in out-patient clinics.

Keywords: chronic pelvic pain, dysmenorrhea, endometriosis, algology.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Radzinsky V.E., Orazov M.R., Kostin I.N. Chronic Pelvic Pain in Gynecological Practice. Doctor.Ru. 2019; 7(162): 30–35. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-162-7-30-35

Эмиль Чоран (1911–1995) был абсолютно прав в том, что «не острая боль оставляет отпечатки в нас, а тупые боли, которые встречаются ежедневно и умышленно уничтожают нас, как и время...» Следует констатировать, что после выделений из половых путей (патологических белей) и кровотечения тазовые боли занимают третье место в структуре причин обращения женщин к акушеру-гинекологу.

Международная ассоциация по изучению боли (International Association of Study of Pain, IASP) определяет

ее как «неприятное сенсорное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или возможным повреждением тканей и описываемое в терминах такого повреждения». Тазовые боли — это боли в нижних отделах живота, и/или спины, и/или в области таза/промежности [1].

Если острая боль характеризуется локализованностью, приступообразным или внезапным началом, значительной интенсивностью, часто пропорциональной повреждению органа или тканей, то хроническая тазовая боль (ХТБ), напро-

Костин Игорь Николаевич — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 2058-8535. E-mail: bigbee62@mail.ru

Оразов Мекан Рахимбердыевич — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 1006-8202. E-mail: otekan@mail.ru

Радзинский Виктор Евсеевич — член-корреспондент РАН, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 4507-7510. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4956-0466>. E-mail: radzinsky@mail.ru

тив, представляет собой патологическое состояние с постоянными или циклическими болями в нижних отделах живота и поясницы, продолжающимися не менее 6 месяцев [2, 3].

ХТБ снижает качество жизни женщин сразу в нескольких аспектах, вызывая функциональные нарушения, психосоциальные расстройства и сексуальную дисфункцию [4, 5].

Локализация боли в малом тазу, в отличие от других форм хронического болевого синдрома, имеет несколько компрометирующий оттенок, снижает самооценку женщины, порождает ощущение стигмизированности и социальной дезадаптации [3–5].

По данным ВОЗ, ХТБ в мире в среднем наблюдают у 15% женщин репродуктивного возраста, она является причиной каждого десятого обращения к гинекологу [1, 4].

ХТБ испытывают от 4% до 25% россиянок детородного возраста вне зависимости от этнической принадлежности и социального статуса [4, 6, 7]. В США о наличии болевого синдрома сообщают 5–15% женщин, в Великобритании — 38 женщин из 1000 [3, 7]. Именно из-за ХТБ, по данным Международного общества по изучению тазовой боли, выполняют до 27% всех лапароскопий и до 15% гистерэктомий [1, 7].

Финансовая составляющая добавляет проблеме остроту: специалистами из США подсчитано, что амбулаторные визиты по поводу ХТБ обходятся страховым компаниям в 881,5 млн долларов ежегодно, а всего на диагностику и лечение этих пациенток они тратят более 2 млрд долларов каждый год [1, 3, 7].

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Для гинеколога важно, соответствует ли ХТБ определенным гинекологическим заболеваниям, или у пациентки с ХТБ таковые отсутствуют [7–9].

Для первого варианта IASP предложено определение «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием», — собственно тазовая боль, при которой болевые ощущения в нижних отделах живота, паховых областях, пояснице беспокоят пациентку почти постоянно и усиливаются в определенные дни менструации, при переохлаждении, длительной статической нагрузке и т. д. [1, 9].

Второй вариант — синдром ХТБ — характеризуют нарушения поведения, когнитивные, психоэмоциональные и сексуальные расстройства как следствия нейробиологических, физиологических и анатомических изменений в ЦНС [1, 7, 9].

В МКБ-10 в XIV классе (Болезни мочеполовой системы) выделена категория N94 — Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом [2, 4] (F от 0 до 9):

N94.0. Боль в середине менструального цикла;

N94.1. Диспареуния (исключена психогенная диспареуния, F52.6);

N94.2. Вагинизм (исключен психогенный вагинизм, F52.5);

N94.3. Синдром предменструального напряжения;

N94.4. Первичная дисменорея;

N94.5. Вторичная дисменорея;

N94.6. Дисменорея неуточненная;

N94.8. Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом;

N94.9. Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточненные.

Но, несмотря на наличие отдельной нозологии по МКБ-10, отечественные гинекологи не ставят диагноз ХТБ почти никогда!

Основные причины тазовой боли в связи с гинекологическими заболеваниями:

- хроническое, подострое воспаление внутренних половых органов;
- спаечный процесс в малом тазу как следствие перенесенного воспалительного процесса;
- туберкулез внутренних половых органов;
- эндометриоз (наружный генитальный эндометриоз, аденомиоз);
- дефект/разрыв задних листков широких, кардинальных и круглых связок матки (синдром Аллена — Мастерса);
- миома матки;
- доброкачественные и злокачественные опухоли яичников;
- первичная дисменорея;
- рак тела и шейки матки;
- варикозная болезнь малого таза (конгестивный синдром);
- инородное тело в малом тазу;
- синдром овариальных остатков;
- спаечный процесс в малом тазу вследствие эндометриоза и серозоцеле;
- послеоперационная травматическая нейропатия;
- пролапс гениталий;
- аномалии развития (аплазия влагалища, матки, функционирующая рудиментарная матка, однорогая матка, удвоение матки и влагалища);
- овуляторный синдром (Mittelschmerz) [2, 4].

Негинекологические причины тазовой боли:

1) урологического происхождения:

- инфекции мочевыводящих путей;
- субуретральный дивертикулит;
- уретральный синдром;
- мочекаменная болезнь;

2) кишечного происхождения:

- хронический аппендицит;
- болезнь Крона;
- дивертикулез;
- колит;
- рак кишечника;
- синдром раздраженного кишечника;

3) вертеброгенной этиологии:

- остеохондроз позвоночника;
- грыжа Шморля;
- симфизиолиз, симфизиопатии;
- ганглионеврома забрюшинного пространства [2, 4].

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Классическое становление хронического болевого синдрома (формирование собственно синдрома!) происходит, как правило, постепенно, иногда спустя длительное время от начала действия тех или иных повреждающих факторов [1, 7, 9].

В патогенезе ХТБ выделяют три этапа.

1. Органный — боль возникает в области таза, нижней части живота, нередко сочетаясь с нарушениями функций половых и соседних с ними органов. Эти явления в значительной мере зависят от расстройств кровообращения (гиперемии, застоя крови).
2. Надорганный — появляется отраженная боль в верхних отделах живота. В одном из паравертебральных ганглиев формируется вторичный очаг раздражения. Видимой связи болевого синдрома с репродуктивными

органами нет, и объяснить эту боль обычно бывает трудно, поэтому нередко диагностические ошибки.

3. Полисистемный — трофические расстройства распространяются на органы вне малого таза; характерны нарушения менструальной, секреторной и половой функций, кишечные расстройства, изменения обмена веществ. На этой стадии патологический процесс приобретает распространённый характер, боль становится интенсивнее, что дополнительно усложняет диагностику.

Клиницисту важно понять, что при различных гинекологических заболеваниях существует два основных патогенетических механизма ХТБ:

- нарушения регионарной и внутриорганный гемодинамики и тканевого газообмена с образованием избытка нефизиологических метаболитов;
- воспалительные, дистрофические и функциональные изменения периферической нервной системы и вегетативных симпатических ганглиев [7].

Клинико-алгологическая феноменология тазовой боли

1. Ноцицептивная боль обусловлена генерацией от неиннервируемых тканей путем активации ноцицепторов (сенсорных рецепторов периферической нервной системы, способных трансформировать и передавать импульс от внешнего стимула). Ноцицептивная боль может быть висцеральной или соматической.
2. Нейропатическая боль обусловлена возбуждением нервных волокон соматосенсорной системы.
3. Центральная боль вызвана изменением активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и вегетативной нервной системы без раздражения ноцицепторов [10, 11].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Для ХТБ характерны:

- постоянный и постоянно-циклический характер болей, которые продолжаются от 3 недель до 6 месяцев;
- непропорциональность болевых ощущений степени повреждения тканей;
- неполное разрешение болей в результате ранее проведенного лечения.

Согласно классическим канонам алгологии, важно понять, что чем более подробно и пространно пациентка описывает боль, тем более вероятен ее психогенный характер [10].

Кроме боли пациентки могут отмечать повышенную раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему миру («уход в боль»), подавленное настроение вплоть до депрессии [7, 10, 11].

По данным Н.В. Артымук и О.Д. Рудневой (2015), в реальной клинической практике около 60% пациенток с соответствующими жалобами остаются без уточненного диагноза, а 43% гинекологи «на автомате» готовы выставить неполный или совсем ошибочный диагноз сальпингофорита [12].

Хронический гистологически верифицированный сальпингофорит — наиболее частая причина ХТБ, однако у 77% женщин с этим диагнозом есть сочетанные патологические состояния, также требующие внимания врача [13].

Особую когорту представляют пациентки, страдающие ХТБ на фоне эндометриоза. Тазовой боли при эндометриозе сопутствуют расстройства менструального цикла: дисменорея, нарушения ритма менструации. При внутреннем эндометриозе

ме менструации, как правило, болезненны, с перименструальными мажущими кровянистыми выделениями [14].

Боль обычно возникает или усиливается за 1–2 дня до менструации (в отличие от тазового венозного полнокровия, при котором кульминация боли приходится на 14–15-й дни цикла) и носит тянущий характер. Пациентки описывают резкую, стреляющую боль, иногда с иррадиацией в наружные половые органы, прямую кишку [4, 7, 14].

Триадой ХТБ называют совокупность трех клинических проявлений.

1. *Диспареуния*. Боли во время коитуса чаще всего наблюдаются у больных наружным генитальным эндометриозом при расположении гетеротопий на крестцово-маточных связках или в позадишеечном пространстве, несколько реже — при фиксированной ретродевиации матки, хроническом сальпингофорите, любом спаечном процессе в малом тазу. Характерно, что при спайках после прекращения полового акта по причине диспареунии боль самостоятельно купируется (что отличает эту разновидность от диспареунии при тазовом венозном полнокровии).

2. *Дисхезия*. Нарушение акта дефекации из-за дискоординации работы мышц тазового дна и анальных сфинктеров характерна для глубокого инфильтративного эндометриоза, эндометриоза влагалища и шейки матки, обширного спаечного процесса в малом тазу.

3. *Дизурия*. Нарушение мочеиспускания — чаще всего признак наружного и внутреннего генитального эндометриоза или интерстициального цистита [7, 12, 15].

При лейомиоме матки пациентки жалуются на тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице; при этом иррадиации в другие анатомические области, как правило, нет. Наблюдаются патологические менструальные кровотечения: менструации часто обильны, со сгустками, продолжаются 6–8 дней. Большинство женщин во время менструации отмечают болезненные ощущения. Отличительная особенность лейомиом — боль сохраняется и в постменопаузе. А вот диспареунию, как и ощущение тяжести и дискомфорта в нижних отделах живота, наблюдают редко [4, 7, 14].

ХТБ, обусловленной ВЗОМТ, свойственна алгологическая монотонность с иррадиацией боли в крестец. Интересно, что каждая вторая женщина предъявляет жалобы на тяжесть и дискомфорт в левой и правой подвздошных областях. Боль может усугубляться в начале менструации, при физическом напряжении, гинекологическом обследовании.

У некоторых пациенток возникает диспареуния, обусловленная спаечным процессом, но, в отличие от болевых ощущений при варикозном расширении тазовых вен, при хроническом сальпингофорите диспареуния исчезает после прекращения полового акта. У большинства пациенток при обострении имеют место обильные слизистые или серозные выделения из половых путей, температурная реакция [4, 7, 14].

ХТБ вследствие варикозного расширения вен малого таза — обычно тянущая, тупая, «пекущая», жгучая. Иррадиацию в нижние конечности отмечают около 80% женщин. Наиболее часто провоцирующим фактором бывают длительные статические и динамические нагрузки. У большинства пациенток (70–80%) боль усиливается во вторую фазу менструального цикла. Следует отметить, что боль может уменьшиться в положении лежа с поднятыми вверх ногами.

Диспареуния возникает довольно часто (у 60–70% женщин) и при рассматриваемом заболевании может сохраняться до 7(!) дней после полового акта. Менструации могут быть длительными (5–7 дней). Прием флеботонических

средств обычно уменьшает интенсивность болевого синдрома, что может служить самостоятельным дифференциально-диагностическим тестом [4, 7, 14].

Для ХТБ, обусловленной синдромом Аллена — Мастерса, характерны спонтанная ортостатическая болезненность в нижних отделах живота и в тазовой области, тенезмы прямой кишки, поллакиурия на фоне общей слабости и быстрой утомляемости [14].

При ХТБ, возникшей из-за доброкачественных новообразований придатков матки, основным симптомом является тянущая боль в нижних отделах живота, преимущественно на стороне поражения, изредка с иррадиацией в поясницу. Алгологической провокацией могут служить статические и динамические нагрузки [4, 7, 14].

ХТБ психогенной природы бывает сложно отличить от вызванной сомато-висцеральными факторами. Боль, спровоцированная эндогенным или экзогенным повреждением аффективной сферы, сочетается с эмоциональным переживанием [4, 7, 14].

ХТБ сопровождает бредовые образования или галлюцинозоподобный компонент при шизофрении, но наиболее часто сопутствует невротическим тревожно-фобическим, а также аффективным расстройствам с депрессивным компонентом (циклотимии, дистимии, маниакально-депрессивному психозу) [11].

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Специфический алгологический анамнез должен определить локализацию, интенсивность, динамические и возможные патофизиологические и этиологические характеристики боли.

Схема первичного алгологического опроса пациентки с ХТБ приведена ниже [15].

1. Какова локализация боли?
2. Насколько боль интенсивна?
3. Как Вы охарактеризуете боль (например, жгучая, острая, режущая, стреляющая, пульсирующая и т. д.)?
4. Как появилась боль?
5. Как изменяется боль в течение времени?
6. Что облегчает боль?
7. Что усиливает боль?
8. Как боль влияет на сон, физическую активность, способность работать, настроение, семейную жизнь, социальную активность, сексуальную активность?
9. Какое лечение Вы получали? Каковы его эффективность и побочные действия?
10. Вы находитесь постоянно в подавленном состоянии?
11. Вы беспокоены исходом Вашего болевого состояния и своим здоровьем?

Широкое распространение в повседневной гинекологической практике получили визуально-аналоговые шкалы, позволяющие изучить динамику болевого синдрома за определенный период, в том числе в процессе лечения. Существуют также специально разработанные анкеты, с помощью которых оценивают как субъективную интенсивность тазовой боли, так и сопутствующие состояния [15, 16].

Алгологическое обследование позволяет оценить интенсивность болевых ощущений с помощью визуальной аналоговой шкалы, предложенной ревматологом из Великобритании доктором Хаскиссоном (E.C. Huskisson) еще в 1982 году. Пациентке на прямой линии длиной 10 см с нанесенными делениями по 1 см (1 см = 1 балл) предлагают отметить уровень интенсивности боли точкой. Начало линии соответству-

ет отсутствию боли — 0 баллов, конец линии — 10 баллам. Боль считают слабой, если женщина маркирует свои ощущения в диапазоне 1–4 балла, умеренной — 5–7 баллов, сильной — 8–10 баллов [4, 7, 15].

Для сенсорной и аффективной характеристики болевого синдрома применяют Мак-Гилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire), разработанный в Канаде в 1975 году и достаточно удобный. Пациентке предлагают 78 прилагательных, сгруппированных по смыслу в 20 блоков, и она отмечает слова, наиболее точно отражающие болевые ощущения, — всего 7 определений (одно слово можно использовать дважды) [7, 15].

Для оценки нейропатической боли существуют специализированные шкалы, например Лидская шкала оценки нейропатических симптомов и знаков и нейропатической боли (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign) [15].

Шкала оценки качества боли (Pain Quality Assessment Scale) является более деликатным инструментом, позволяющим дифференцировать ноцицептивные и нейропатические болевые состояния [15].

Физическое обследование обязательно должно включать:

- общее физическое обследование;
- специфическую оценку боли;
- неврологическое обследование;
- обследование скелетно-мышечной системы;
- оценку психологического статуса [9, 15].

Физикальное обследование начинают с осмотра пациентки и пальпации живота. Следует акцентировать внимание на областях гиперестезии (изменения самой кожи или в более глубоких слоях передней брюшной стенки); также возможно выявление абдоминальных, пупочных, паховых, эпигастральных грыж.

Гинекологическое обследование позволяет предположительно отнести пациентку к одной из двух групп: к тем, у кого ХТБ вызвана заболеваниями гинекологической природы, или к тем, у кого болевой синдром имеет какой-либо другой генез. Выполняют осмотр наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, проводят бимануальное гинекологическое или ректовагинальное обследование.

Инструментальные методы необходимы для верификации и уточнения диагноза [4, 7, 15]:

- УЗИ органов малого таза — рутинный скрининг для исключения органических заболеваний внутренних половых органов и мочевыделительной системы;
- МРТ, КТ — для исключения заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, а также внутренних половых органов;
- денситометрия — для исключения остеопороза позвоночника;
- рентгенологические (ирригоскопия, колоноскопия) и эндоскопические методы (цистоскопия, уретроцистоскопия, гистероскопия);
- диагностическая лапароскопия — для выявления перитонеального и инфильтративных форм эндометриоза, синдрома Аллена — Мастерса, хронических воспалений придатков матки, спаечного процесса в малом тазу, варикозного расширения вен малого таза [17].

Наиболее важный аспект помощи пациенткам с ХТБ — полноценная дифференциальная диагностика, поскольку от правильности установленного диагноза принципиально зависит тактика терапии [7, 18–20].

Цель лечения тазовой боли — подавить гиперактивность ноцицептивных нейронов, разрушив генераторы патологи-

чески усиленного возбуждения, что может обеспечить частичную или полную ликвидацию патогенной алгической системы. Лечение синдрома ХТБ целиком зависит от основного заболевания и кратко приведено в *таблице*. Важно,

что в ряде ситуаций, в первую очередь при эндометриозе, синдромный подход к лечению также имеет смысл, поскольку устранение боли и повышение качества жизни и будут главным клиническим результатом [4, 7, 14].

Таблица

Лечение хронической тазовой боли (ХТБ)

Виды ХТБ	Методы лечебного воздействия	Уровень доказательности	Комментарии
ХТБ на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза	Антибактериальная, противовирусная, противогрибковая терапия, терапия в acute-периоде	IIc	Не доказана эффективность антибактериальной терапии при хроническом болевом синдроме
	Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	IIIa	–
	Физиотерапия	–	Реализация саногенетического потенциала
ХТБ на фоне наружного генитального эндометриоза	Хирургическое лечение (эндоскопическая энуклеация капсулы кисты, коагуляция эндометриoidных очагов)	–	–
	Прогестагены	Ia	Исследованные гормональные препараты одинаково эффективны, но некоторые побочные действия ограничивают их длительное использование и часто приводят к нарушению режима приема (аГРнГ)
	Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГРнГ)	Ia	
	НПВП	Ia	Эффективность НПВП при лечении боли, обусловленной эндометриозом, не доказана. В первую очередь нужно назначить слабо действующие неселективные препараты. Существенные различия между разными НПВП не выявлены
ХТБ на фоне внутреннего генитального эндометриоза	Гормональная терапия: <ul style="list-style-type: none"> • прогестагены; • аГРнГ 	Ia	Исследованные гормональные препараты одинаково эффективны, но некоторые побочные действия ограничивают их длительное использование и часто приводят к нарушению режима приема (аГРнГ)
	НПВП	Ia	Эффективность НПВП при лечении боли, обусловленной эндометриозом, не доказана. В первую очередь нужно назначить слабо действующие неселективные препараты. Существенные различия между разными НПВП не выявлены
ХТБ на фоне варикозного расширения вен малого таза	Хирургическое лечение (эндоваскулярное эндохирургическое), прием препаратов, нормализующих венозный отток	II-D	Венотоники
ХТБ на фоне спаечного процесса органов малого таза	Хирургическое лечение (эндоскопический адгезиолизис). Консервативное лечение (физиотерапия, прием НПВП)	–	Ферменты
Дисменорея	НПВП, спазмолитики, комбинированные оральные контрацептивы	Ia	–
ХТБ центрального генеза	Психотерапия, суггестивная, седативная, иглорефлексотерапия, применение препаратов с вегетокорректирующим эффектом	Ia	Психотерапевт может назначить трициклические антидепрессанты

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под маской синдрома хронической тазовой боли (ХТБ) может протекать множество заболеваний, требующих вмешательства невролога, уролога, нефролога, сосудистого хирурга, остеопата и даже психиатра. Однако именно акушер-гинеколог должен быть главным участником многоуровневого дифференциально-диагностического поиска. Для этого есть

две причины. Первая заключается в том, что все-таки три четверти женщин с ХТБ имеют именно гинекологические заболевания, диагностировать и лечить которые — прямая задача акушера-гинеколога, несмотря на всю сложность диагностики. Вторая причина вытекает из реалий нашей жизни: женщина, страдающая от болей в малом тазу, в первую очередь придет на амбулаторный прием к гинекологу.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. International Pelvic Pain Society (IPPS). URL: <http://pelvicpain.org/home.aspx> (дата обращения — 15.01.2019).
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е., ред. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 1136 с. [Serov V.N., Sukhikh G.T., Prilepskaya V.N., Radzinskii V.E., red. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoi pomoshchi v akusherstve i ginekologii. M.: GEOTAR-Media; 2016. 1136 s. (in Russian)]
3. Радзинский В.Е., Аляутдин Р.Н., ред. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак. Клиническая фармакология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 672 с. [Radzinskii V.E., Alyautdin R.N., red. Akusherstvo. Ginekologiya. Besplodnyi brak. Klinicheskaya farmakologiya. M.: GEOTAR-Media; 2016. 672 s. (in Russian)]
4. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б., ред. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017: 417–29. [Savel'eva G.M., Sukhikh G.T., Serov V.N., Radzinskii V.E., Manukhin I.B., red. Ginekologiya: natsional'noe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media; 2017: 417–29. (in Russian)]
5. Гус А.И., Хамошина М.Б., Черепанова М.А., Бачурина С.М., Семедьяев А.А., Ступин Д.А. Диагностика и лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин. Новосибирск: Наука; 2014. 136 с. [Gus A.I., Khamoshina M.B., Cherepanova M.A., Bachurina S.M., Semendyaev A.A., Stupin D.A. Diagnostika i lechenie varikoznoi bolezni ven malogo taza u zhenshchin. Novosibirsk: Nauka; 2014. 136 s. (in Russian)]
6. Сафиуллина Г.И., Исакова А.Ш. Медико-социальные аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. Общественное здоровье и здравоохранение. 2014; 1: 60–5. [Safiullina G.I., Iskhakova A.Sh. Mediko-sotsial'nye aspekty sindroma khronicheskoi tazovoi boli u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta. Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie. 2014; 1: 60–5. (in Russian)]
7. Оразов М.Р., Симоновская Х.Ю., Рябинкина Т.С.; Радзинский В.Е., ред. Хронический тазовый болевой синдром. От нового в понимании этиопатогенеза к новому в диагностике и терапии. Клиническая лекция. М.: Редакция журнала Status Praesens; 2016. 24 с. [Orazov M.R., Simonovskaya Kh.Yu., Ryabinkina T.S.; Radzinskii V.E., red. Khronicheskii tazovyi bolevoi sindrom. Ot novogo v ponimanii etiopatogeneza k novomu v diagnostike i terapii. Klinicheskaya lektsiya. M.: Redaktsiya zhurnala Status Praesens; 2016. 24 s. (in Russian)]
8. Адамян Л.В., Шаров М.Н., Сонова М.М., Ласкевич А.В., Пономарев А.П. Новый взгляд на хроническую тазовую боль в гинекологической практике. Эффективная фармакотерапия. 2013; 3(32): 24–9. [Adamyan L.V., Sharov M.N., Sonova M.M., Laskevich A.V., Ponomarev A.P. Novyi vzglyad na khronicheskuyu tazovuyu bol' v ginekologicheskoi praktike. Effektivnaya farmakoterapiya. 2013; 3(32): 24–9. (in Russian)]
9. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2016; 2(12): 82–94. [Yarotskaya E.L. Tazovye boli v ginekologii: sovremennye podkhody k obsledovaniyu, lecheniyu i reabilitatsii bol'nykh. Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie. 2016; 2(12): 82–94. (in Russian)]
10. Шварц П.Г., Горячев Ф.К., Гурьев М.Н., Попов С.В., Кадыков А.С. Дифференциальный диагноз психосоматического компонента «синдром хронической тазовой боли». Справочник врача общей практики. 2013; 5: 12–21. [Shvarts P.G., Goryachev F.K., Gur'ev M.N., Popov S.V., Kadykov A.S. Differentsial'nyi diagnoz psikhosomaticheskogo komponenta "sindrom khronicheskoi tazovoi boli". Spravochnik vracha obshchei praktiki. 2013; 5: 12–21. (in Russian)]
11. Яковлева Э.Б., Бабенко О.М., Бугаев А.Б. Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли. Медицина неотложных состояний. 2014; 2(57): 134–9. [Yakovleva E.B., Babenko O.M., Bugaev A.B. Sovremennyy vzglyad na problemu lecheniya khronicheskoi tazovoi boli. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy. 2014; 2(57): 134–9. (in Russian)]
12. Артымук Н.В., Руднева О.Д. Тазовая веноконгестия как одна из ведущих причин хронической тазовой боли. Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2015; 4(27): 42–9. [Artyuk N.V., Rudneva O.D. Tazovaya venokongestiya kak odna iz vedushchikh prichin khronicheskoi tazovoi boli. Status Praesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyi brak. 2015; 4(27): 42–9. (in Russian)]
13. Хардииков А.В., Газазян М.Г. Совершенствование диагностической тактики при хроническом тазовом болевом синдроме в гинекологии. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2009; 3: 83–7. [Khardikov A.V., Gazazyan M.G. Sovershenstvovanie diagnosticheskoi taktiki pri khronicheskom tazovom bolevoem sindrome v ginekologii. Kurskii nauchno-prakticheskiy vestnik "Chelovek i ego zdorov'e". 2009; 3: 83–7. (in Russian)]
14. Оразов М.Р., Бикмаева Я.Р., Новгинов Д.С., Бабаева Э.И., Арытин Д.Г. Современная концепция патогенеза синдрома хронической тазовой боли, индуцированной аденомиозом. Вестн. РУДН. Серия: Медицина. 2016; 2: 127–32. [Orazov M.R., Bikmaeva Ya.R., Novginov D.S., Babaeva E.I., Aryutin D.G. Sovremennaya kontseptsiya patogeneza sindroma khronicheskoi tazovoi boli, indutsirovannoi adenomiozom. Vestn. RUDN. Seriya: Medicina. 2016; 2: 127–32. (in Russian)]
15. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике. Провизор. 2013; 23: 17–19. [Maiorov M.V. Sindrom khronicheskikh tazovykh bolei v ginekologicheskoi praktike. Provisor. 2013; 23: 17–19. (in Russian)]
16. Siedentopf F., Weijenberg P., Engman M., Maier B., Cagnacci A., Mimoun S. et al. ISPOG European Consensus Statement — chronic pelvic pain in women (short version). J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2015; 36(4): 161–70. DOI: 10.3109/0167482X.2015.1103732
17. Макаров О.В., Хашукоева А.З., Зайцев А.В., Цомаева Е.А. Эндоскопические методы визуализации в комплексной диагностике синдрома хронических тазовых болей у женщин. Лечащий врач. 2011; 11: 36. [Makarov O.V., Khashukoeva A.Z., Zaitsev A.V., Tsomaeva E.A. Endoskopicheskie metody vizualizatsii v kompleksnoi diagnostike sindroma khronicheskikh tazovykh bolei u zhenshchin. Lechashchii vrach. 2011; 11: 36. (in Russian)]
18. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Physician. 2014; 17(2): E141–7.
19. Graziottin A., Gambini D., Bertolasi L. Genital and sexual pain in women. Handb. Clin. Neurol. 2015; 130: 395–412. DOI: 10.1016/B978-0-444-63247-0.00023-7
20. Gyang A., Hartman M., Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. Obstet. Gynecol. 2013; 121(3): 645–50. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318283ffea