



Пересада О.А.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения  
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

## Современные подходы к проблеме хронической тазовой боли

**Конфликт интересов:** не заявлен.

Подана: 13.08.2025

Принята: 01.09.2025

Контакты: dr-olga@yandex.by

### Резюме

**Цель.** Анализ современных литературных источников, посвященных актуальным вопросам классификации, диагностики и лечения хронической тазовой боли (ХТБ).

**Материалы и методы.** Использование современных аналитических и статистических подходов.

**Результаты.** Неудовлетворенность качеством медицинской помощи при ХТБ нередко ведет к многомесячным и даже многолетним «хождениям» по врачам и клиникам. Следствием служит неэффективность терапевтических мероприятий или временный эффект от их назначения. Пациентки с ХТБ необоснованно часто подвергаются лапароскопическим вмешательствам. В поиске причин ХТБ следует привлекать для обследования пациентки столько узких специалистов, сколько потребуется: хирург, уролог, проктолог, флеболог, гастроэнтеролог, ортопед-травматолог, вертебролог, невролог, физиотерапевт, психотерапевт, медицинский психолог, остеопат. Необходимо комплексное междисциплинарное взаимодействие, во главе которого традиционно стоит акушер-гинеколог – главный участник многоуровневого дифференциально-диагностического поиска.

**Заключение.** Тазовую боль невозможно рассматривать как сугубо медицинскую проблему. Психосоциальные факторы могут оказывать значительное влияние на хроническую боль любой локализации, в том числе в области малого таза. Для женщин с тазовой болью характерны более низкое качество жизни, повышенный уровень тревожности и депрессивных расстройств. Психотерапия включает распознавание и коррекцию тревожно-депрессивных расстройств, снижает воздействие стресса и помогает разрешать межличностные и внутриличностные конфликты. Страдают и межличностные отношения, поскольку партнеры пациенток также испытывают эмоциональные переживания, изоляцию и чувство бессилия. Изучение возможностей и эффективности когнитивно-поведенческой терапии при ХТБ показало устойчивое уменьшение выраженности алгических проявлений.

**Ключевые слова:** хроническая тазовая боль, дифференциально-диагностический поиск, эндометриоз, лапароскопия, когнитивно-поведенческая терапия, комплексное междисциплинарное взаимодействие, физиотерапия, НПВС

Peresada O.

Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

## Modern Approaches to Chronic Pelvic Pain

**Conflict of interest:** nothing to declare.

Submitted: 13.08.2025

Accepted: 01.09.2025

Contacts: dr-olga@yandex.by

### Abstract

**Purpose.** Analysis of contemporary literature sources devoted to topical issues of classification, diagnosis and treatment of chronic pelvic pain

**Materials and methods.** Use of contemporary analytical and statistical approaches.

**Results.** Dissatisfaction with the quality of medical care for chronic pelvic pain often leads to months or even years of 'visiting' doctors and clinics. The result is the ineffectiveness of therapeutic measures or a temporary effect from their prescription. Patients with chronic pelvic pain are unreasonably often subjected to laparoscopic interventions. In searching for the causes of chronic pelvic pain as many specialists as necessary should be involved in examining the patient: a surgeon, urologist, proctologist, phlebologist, gastroenterologist, orthopedic surgeon, vertebrologist, neurologist, physiotherapist, psychotherapist, medical psychologist, and osteopath. Comprehensive interdisciplinary cooperation is necessary, traditionally led by an obstetrician-gynecologist, who is the main participant in a multi-level differential diagnostic search.

**Conclusion.** Chronic pelvic pain cannot be considered a purely medical problem. Psychosocial factors can have a significant impact on chronic pain of any location, including the pelvic area. Women with pelvic pain tend to have a lower quality of life and higher levels of anxiety and depression. Psychotherapy includes the recognition and correction of anxiety and depressive disorders, reduces the impact of stress, and helps resolve interpersonal and intrapersonal conflicts. Interpersonal relationships also suffer, as the partners of patients also experience emotional distress, isolation, and feelings of helplessness. A study of the possibilities and effectiveness of cognitive behavioral therapy for chronic pelvic pain showed a sustained reduction in the severity of algic manifestations.

**Keywords:** chronic pelvic pain, differential diagnosis, endometriosis, laparoscopy, cognitive behavioral therapy, comprehensive interdisciplinary interaction, physiotherapy, NSAIDs

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Каждая четвертая женщина в мире страдает хронической тазовой болью (ХТБ) независимо от возраста, этнической принадлежности и социального статуса со снижением работоспособности и значительными экономическими потерями. Нерешенность этой проблемы в мировой клинической практике и сверхактуальность избавления человечества от болей вообще, и в частности женщин, страдающих тазовыми

болями, заставляют еще раз обратить внимание практикующих врачей на этот весьма серьезный диагноз [6].

## ■ ЦЕЛЬ

Анализ современных литературных источников, посвященных актуальным вопросам классификации, диагностики и лечения хронической тазовой боли.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использование современных аналитических и статистических подходов.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Медики всего мира постоянно совершенствуют методы обследования пациентов для установления источника боли, а также пути избавления женщин от ХТБ. В 2004 г. Американская коллегия акушеров-гинекологов (American college of obstetricians and gynecologists, ACOG) охарактеризовала ХТБ как «нециклическую боль продолжительностью не менее 6 месяцев, локализованную в области таза, передней брюшной стенки на уровне или ниже пупка, пояснично-крестцового отдела спины или в ягодицах, достаточно выраженную, чтобы вызвать функциональные нарушения или потребность в медицинской помощи». В 2020 г. эксперты ACOG пересмотрели определение ХТБ. В настоящее время дефиниция упрощена и конкретизирована: ХТБ представляет собой постоянную (прогрессирующую) боль, существующую не менее 3 месяцев, ассоциированную с негативными поведенческими, когнитивными, сексуальными и эмоциональными последствиями. Рубрикация в МКБ-10 ХТБ – N94 «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом», которая в МКБ-11 станет GA34 [7].

В МКБ-11, в отличие от МКБ-10, четко описано состояние при ХТБ [10]:

- хроническая первичная боль;
- послеоперационная или посттравматическая боль;
- хроническая нейропатическая боль;
- вторичная висцеральная боль;
- вторичная скелетно-мышечная боль.

ХТБ оказывает значительное негативное влияние на общее самочувствие женщин, нередко становясь причиной серьезных расстройств здоровья и даже инвалидности. ХТБ ассоциирована с усталостью, депрессией, тревогой и сексуальной дисфункцией. Пациентки часто испытывают отчаяние, теряют уверенность в себе, становятся все более изолированными от общества и даже склонными к суициду. Перманентная изнуряющая ХТБ меняет и психоэмоциональную сферу, и поведение женщин, приводя к стойким неврозам с присущими им социальной дезадаптацией и изоляцией. Все это в совокупности значительно снижает качество жизни [8].

Если дефиниция N94.8 – компетенция акушера-гинеколога, то в целом синдром ХТБ относят к ведению невролога и/или других специалистов, определяемых при обследовании пациентки. По данным ВОЗ, ХТБ страдают 20% населения земного шара, а также от 12 до 40% женщин репродуктивного возраста. С симптомами ХТБ в течение года обращаются около 60% пациенток [9]. В целом 10% гинекологических консультаций связаны с жалобами на боли в области малого таза, и в довершение:

ХТБ – повод для каждой пятой лапароскопии. По распространенности тазовой боли можно судить о динамике успешности/неуспешности преодоления этого синдрома в современном мире. Вероятно, трудности диагностики и лечения женщин с ХТБ связаны с тем, что боль может быть не только симптомом, но и самостоятельным заболеванием. Данные по различным странам особого оптимизма пока не внушают, несмотря на создание алгологических клиник («клиник боли»). Однако даже при большой выявляемости ХТБ доказанных эффективных практик пока не так много, специалисты объясняют это разобщенностью и отсутствием комплексного подхода к терапии [2].

### **Классификация (МКБ-10)**

- N94.0 Боль в середине менструального цикла.
- N94.1 Диспареуния (за исключением психогенной диспареунии, F52.6).
- N94.2 Вагинизм (за исключением психогенного вагинизма, 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.

Специалисты иногда упускают из внимания тот этап развития болевого синдрома, когда традиционные методы лечения уже не помогают вследствие центральной сенситизации и без консультации невролога/психиатра не обойтись. Прежде всего это относится к нейропатической тазовой боли. Врачебная интуиция и профессионализм могут преодолеть негативизм пациенток и направить лечебный процесс по нужному пути [11]. Ситуация сходна во всем мире в силу не только психологических, но и финансовых барьеров: психокоррекция в зарубежных странах стоит дорого, как, впрочем, и альтернативные способы преодоления ХТБ [12]. Отечественная практика резко отличается от мировой: боль внизу живота и в пояснице у 70% женщин в России и Беларуси рассматривают как симптом воспалительных гинекологических заболеваний и только у 22% – экстрагенитальных.

Гинекологические причины ХТБ разнообразны. У 30% пациенток с ХТБ диагностируют спаечный процесс в малом тазу. Также диагностируют следующие состояния: эндометриоз (ЭМ) как очень частая, но вовсе не единственная причина тазовых болей; синдром Аллена – Мастерса – чрезвычайно редко диагностируемый, несмотря на наличие современных визуализирующих методик. Часто боли связывают с миомой матки; иногда с доброкачественными и злокачественными опухолями яичников; первичной дисменореей; редко с варикозной болезнью вен малого таза (конгестивный синдром), хотя он должен диагностироваться чаще. Следует помнить о туберкулезе внутренних половых органов, который встречается чаще, чем диагностируется. К сожалению, редко ставится диагноз сексуальных дисфункций, которым раньше не уделяли должного внимания, обозначенных в МКБ-10 ментальными нарушениями, когнитивными диссоциациями, роль которых в наличии и прогрессировании тазовой боли чрезвычайно велика [13].

Во многих развитых странах существует официальная специальность врача-алголога – специалиста, не только владеющего широкими познаниями о патофизиологии боли, но и обладающего стратегиями ее преодоления. Серьезная причина тазовой боли у каждой шестой женщины – тазовые ганглиониты или ганглионеврозы, легко определяемые при пальпации стенок таза [19]. Жалобы на зуд, жжение и покалывание в области наружных половых органов, выявление при бимануальном исследовании болезненных точек при пальпации стенок малого таза, позволяют предположить наличие тазового ганглионеврита – воспалительного процесса в области тазового ганглия и относящихся к нему симпатических, парасимпатических или чувствительных нервных волокон. Нахождение ганглия в месте, где проходит бедренный нерв, характеризуется резкой болью и относится к ведению исключительно невролога, если нет других гинекологических заболеваний [22]. Необходимая в настоящее время мультидисциплинарность включает изучение провоцирующих и постоянных факторов, приводящих к тазовой боли [15].

Тазовая боль может быть вызвана ортопедическими дисфункциями, патологическими состояниями тазобедренных суставов, крестцово-подвздошных сочленений, лобкового симфиза. Иногда проблему может решить квалифицированная нейроортопедическая консультация, позволяющая избавиться от боли 12% пациенток.

Необходимо комплексное междисциплинарное взаимодействие, во главе которого традиционно стоит акушер-гинеколог – главный участник многоуровневого дифференциально-диагностического поиска – к нему женщины обращаются в первую очередь по поводу тазовой боли, в которой он первый начинает разбираться, а дальше направляет пациенток к профильным специалистам – неврологу, ортопеду, урологу, проктологу, нефрологу, сосудистому хирургу, специалисту лучевой диагностики и достаточно часто к психотерапевту (психиатру) [14].

Хроническая боль может быть связана со значительным психологическим дистрессом. В частности, важно установить роль тех тяжелых и с трудом диагностируемых психологических ситуаций, которые предрасполагают к ХТБ. Выявить истинную этиологию ХТБ в этом случае бывает затруднительно, учитывая, что далеко не каждая пациентка, пережившая насилие в прошлом, готова говорить об этом с лечащим врачом [16]. Сексуальная травма в анамнезе, связанная с изнасилованием или пытками, физическое или психологическое насилие в детстве, могут вызвать центральные неврологические изменения, и их следует рассматривать как возможную причину ХТБ у небольшого числа пациенток [18]. Управление психологическими и поведенческими последствиями боли само по себе может значительно улучшить качество жизни пациентки [26].

Все больший интерес вызывает изучение роли микробиома человека в патогенезе различных заболеваний. Накоплено много данных об ассоциации изменений в составе биоценоза со множеством патологических состояний, включая воспалительные заболевания кишечника, колоректальный рак, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа, рак молочной железы, аутоиммунные заболевания, расстройства аутистического спектра, посттравматическое стрессовое расстройство, а также изменения реакции на висцеральную боль. Нельзя исключить, что бактериальная колонизация может играть ключевую роль в патогенезе ХТБ [23, 24].

В поиске причин ХТБ следует привлекать для обследования пациентки столько узких специалистов, сколько потребуется: хирург, уролог, проктолог, флеболог,

гастроэнтеролог, ортопед-травматолог, вертебролог, невролог, физиотерапевт, психотерапевт, медицинский психолог, остеопат. Обычно акушер-гинеколог обладает достаточным терпением и упорством, а порой и необходимым оптимизмом, чтобы проанализировать полученные данные и верифицировать диагноз.

Неудовлетворенность качеством медицинской помощи при ХТБ нередко ведет к многомесячным и даже многолетним «хождениям» по врачам и клиникам. Следствием служит неэффективность терапевтических мероприятий или временный эффект от их назначения. Пациентки с ХТБ необоснованно часто подвергаются лапароскопическим вмешательствам. Можно заключить, что лапароскопическое вмешательство – «золотой стандарт» диагностики ряда достоверно ассоциированных с ХТБ состояний, но не ХТБ как таковой. Большинство диагностических лапароскопий у молодых пациенток с ХТБ при нормальных анализах и УЗИ не выявляют признаки какого-либо заболевания. Методы визуализации и лабораторные тесты обладают ограниченным потенциалом для дифференциальной диагностики. Именно поэтому не следует всецело полагаться на современные технологии при ведении таких пациенток [2].

Первоначально врач заинтересован облегчить страдания пациентки независимо от предполагаемого диагноза. Рассматривая разные препараты, следует отметить, что НПВС и ацетаминофен могут облегчить боль в некоторых клинических ситуациях, хотя исследований высокого уровня доказательности в пользу их назначения при лечении ХТБ не так много. В терапию болевого синдрома также часто включают витамины группы В, которые продемонстрировали клиническую эффективность в комбинациях с рядом обезболивающих средств. Часть исследований показали положительные свойства этой группы веществ при нейропатической боли, хотя механизм их действия пока не уточнен. Использование таблетированных форм НПВС всегда требует осторожности. Неселективным ингибиторам циклооксигеназы присущ спектр нежелательных явлений, в том числе со стороны ЖКТ. Все клинические рекомендации обращают внимание врача на необходимость использования минимально эффективных доз НПВС, особенно при наличии коморбидных состояний. Интересной возможностью служит также комбинированное назначение НПВС с различными путями введения в организм. НПВС, которые можно вводить перорально или парентерально наряду с одномоментной локальной аппликацией, обеспечивают клиническую возможность очагово-системного назначения. Для этих целей используют такие НПВС, как селективные ингибиторы циклооксигеназы-2. Один из последних препаратов, зарегистрированных в Республике Беларусь, – Эторисан. Он облегчает боль через 24 минуты, не увеличивает частоту кардиоваскулярных событий, имеет стабильный профиль безопасности, эффективен при суставной боли.

Например, с целью облегчения боли при эндометриозе широко используются НПВС (уменьшение синтеза простагландинов) [1].

Показано, что ингибиторы циклооксигеназы-2 усиливают апоптоз, подавляют пролиферацию и неангиогенез в культуре эндометриальной ткани, полученной от больных эндометриозом женщин с ХТБ, которые также страдают депрессией и стрессовым недержанием мочи [1].

В случае сохранения алгезии после терапии НПВС возможно назначение психоактивных препаратов или нейропатических средств, показавших свою эффективность в терапии хронической боли другой локализации.

Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин) уменьшают боль, снижают выраженность депрессивных расстройств и улучшают сон. В существующих руководствах в качестве препаратов первой линии чаще всего указаны амитриптилин и габапентин, однако приемлемыми альтернативами считают нортриптилин и прегабалин. Акушеры-гинекологи редко используют эти средства самостоятельно, возможно в рамках консультации со специалистами, постоянно работающими с данными препаратами.

Есть публикации об отдельных клинических случаях, в которых венлафаксин и дулоксетин показали свою эффективность в терапии ХТБ, однако качественных исследований на больших выборках пока нет. Дулоксетин может быть препаратом выбора для женщин, страдающих недержанием мочи [2].

Следует чаще обращаться к помощи физиотерапевтов, с которыми совместно можно предложить пациентке ряд методик, способных облегчить болевой синдром [28]. Широкий диапазон эффектов физиотерапевтических методов позволяет деактивировать или десенсибилизировать системы ноцицепции на тканевом, спинальном или церебральном уровне у многих женщин с ХТБ. Целесообразность их использования основана на постулате XXI века – гиперкинетическая дисфункция мышц тазового дна (МТД) сопровождается ХТБ практически при всех патогенетических вариантах [17]. При болевом синдроме, ассоциированном с рядом гинекологических заболеваний (эндометриозом, воспалительными заболеваниями, спаечным процессом, варикозным расширением вен малого таза), есть место для классической аппаратной физиотерапии. Сочетание физио- и психотерапии повышает эффективность лечения ХТБ [29, 30].

Существует ряд методик, приведенных в разных публикациях, которые носят во многом экспериментальный характер. В обзоре 2022 г. представлены данные о возможности использования нейромодуляции при ХТБ. Этот метод включает стимуляцию спинного мозга, дорсальных корешков и периферических нервов с использованием введенных в организм электродов [27].

Есть множество публикаций об эффективности фракционного лазерного фототермолиза (с помощью CO<sub>2</sub>-лазера) и радиочастотного воздействия (RF-терапия) [32] при комплексной терапии болевого синдрома, ассоциированного с вульвовагинальной атрофией [31].

Например, акупунктура, о которой мы зачастую забываем, имеет доказанные преимущества в сравнении с анальгетиками.

К сожалению, пациенток с ХТБ редко направляют к психотерапевту, тогда как психотерапия с соматосенсорной стимуляцией [33] имеет доказательную базу для снижения выраженности ХТБ. В ряде источников приводится эффективность когнитивно-поведенческой терапии [30].

Нет более обсуждаемого вопроса в проблеме тазовой боли, чем хирургическое вмешательство. Считавшееся еще в конце XX века практически единственным радикальным способом лечения, оно представляется в XXI веке одним из контраверсионных направлений пельвиоалгологии [2]. На смену стремлению, например, при эндометриоз-ассоциированной тазовой боли «удалить все гетеротопии», пришло понимание невозможности во многих ситуациях сделать это, гарантируя, что вмешательство будет первым и последним [21]. Главное – реально ли прекращение/уменьшение ХТБ с помощью оперативного лечения? Научные поиски расширили

представления о патогенезе тазовой боли и показали во многих ситуациях перспективности консервативного лечения. Хирургическое лечение рекомендовано при неудачной медикаментозной терапии, новообразованиях придатков, дисфункциях других тазовых органов, низком качестве жизни, оценке по ВАШ не менее 8–9 баллов и необходимости постановки окончательного диагноза. Клиницистам следует избегать хирургического лечения женщин, у которых не была проведена всесторонняя оценка ХТБ и объективного состояния, пациенток с несколькими операциями на органах малого таза в анамнезе, а также пациенток в пременопаузе.

Далее рассмотрим наиболее часто диагностируемые в гинекологии состояния, приводящие к тазовой боли. Прежде всего к таким относятся ВЗОМТ – полиэтиологическое инфекционное заболевание репродуктивных органов. Термин ВЗОМТ в современной клинической практике включает множество отдельных состояний: эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит и их сочетания, развитие которых происходит в основном в результате восходящей инфекции. К сожалению, отечественные акушеры-гинекологи, в отличие от зарубежных коллег, часто предпочитают связывать любую боль с несуществующим и недоказанным «воспалением», назначая для лечения антибактериальные препараты. Последнее действие чревато не только запоздалой диагностикой настоящей болезни, но и сложным, часто безрезультатным влиянием на организм женщины антибиотиков вследствие неблагоприятного воздействия на его микробиом. Рассматривать ВЗОМТ как простое производное ИППП в XXI веке неверно. Сегодня большое число ВЗОМТ чаще обусловлено инфицированием разнообразной микробной флорой, включая возбудителей инфекций верхних дыхательных путей, а также комбинациями бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом.

Болевой синдром, ассоциированный с эндометриозом, – важная составляющая такой драматически значимой медико-социальной проблемы, как ХТБ. Боль при эндометриозе способна затронуть кишечник, мочевой пузырь, почки, нервы, нижние конечности и многие другие органы. Для пациенток с эндометриозом и ХТБ характерны высокие уровни стресса, усталости, нарушения сна и снижение качества жизни, они достоверно чаще страдают депрессивными и тревожными расстройствами. Это формирует порочный круг – психические нарушения еще более усугубляют тяжесть ХТБ.

В 2021 г. Европейским обществом репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) представлены новые рекомендации «Заболевание, характеризующееся присутствием эндометрий-подобного эпителия и/или стромы за пределами эндометрия и миометрия, обычно с ассоциированным воспалительным процессом».

На протяжении многих лет дискутируется вопрос о том, что аденомиоз – это не просто эндометриоз матки, а самостоятельное заболевание с присущими ему особенностями патогенеза, клиники, гистопатологии.

В обновленном Международном классификаторе болезней 11-го пересмотра (ICD-11) аденомиоз не включен в раздел эндометриоза (GA10 Endometriosis), а выделен в отдельную рубрику (GA11 Adenomyosis). В описании к аденомиозу уже не звучит его прежний синоним – эндометриоз матки. Этот факт диктует необходимость переосмыслить подходы к диагностике и лечению аденомиоза. «Омоложение» аденомиоза требует инновационных методов лечения таких пациенток. При наличии условий – внутриматочная эндохирургия в комплексе с послеоперационной

гормональной терапией (аГнРГ). Современная медицина все чаще описывает случаи экстрагенитального эндометриоза с трудной диагностикой и лечением [34].

Представленные в литературном обзоре данные о роли окситоцина в патогенезе эндометриоза и возникновении различных психических расстройств, особенно у пациенток с болевым синдромом, открывают новые перспективы применения ингибиторов окситоциновых рецепторов в терапии заболевания, а также в профилактике и коррекции аффективных расстройств [3].

Имеются многочисленные исследования, подтверждающие увеличение риска ЭМ при дефиците витамина D. Применение витамина D может быть рекомендовано в комплексном лечении ЭМ, в частности, терапия препаратами витамина D позволяет снижать дозы НПВС при лечении пациенток с синдромом ХТБ. Также витамин D может быть рекомендован в мероприятиях по профилактике ЭМ у пациенток с отягощенным анамнезом [4].

При эндометриомах, ассоциированных с болюю, на начальном этапе медикаментозное лечение должно быть предпочтительным по отношению к оперативному. В большинстве случаев хирургическое вмешательство является основным выбором, поскольку эндометриомы не отвечают на медикаментозное лечение, только облегчающее боль. Хирургическое (лапароскопическое) лечение предусмотрено как вариант выбора при неудачах медикаментозного лечения болевого синдрома. Однако хирургическое лечение может повредить овариальный резерв [37].

Тазовая боль, вызванная эндометриозом, негативно влияет на сексуальную жизнь: пациентки либо ограничивают сексуальные контакты, либо полностью отказываются от них вследствие выраженной глубокой диспареунии. Именно такие клинические проявления эндометриоза, как диспареуния и другие виды алгезии, а не стадия заболевания, определяют субъективную тяжесть течения ХТБ. Любопытно, что, по опубликованным в феврале 2022 г. данным испанских специалистов, в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) пациентки с эндометриозом значимо чаще отмечали субъективное ухудшение, и в первую очередь рост интенсивности ХТБ, по сравнению с пациентками с иными хроническими гинекологическими заболеваниями. Это подчеркивает важность психологических факторов при ХТБ [2]. Несмотря на многочисленные исследования, причины развития заболевания и связанной с ним патологической болевой импульсации до сих пор непонятны, и ни одна из предложенных теорий не объясняет происхождения эндометриоза и аденомиоза. Основными болевыми симптомами эндометриоза являются следующие [36]:

- Дисменорея – классический симптом эндометриоза. Боль обычно появляется в начале менструации, усиливаясь в течение нескольких дней.
- Дисхезия (часто во время менструации), ассоциированная с поражением прямой кишки или ее вовлечением в спаечный процесс, затрудненным актом дефекации, вздутием кишечника.
- Диспареуния (глубокая, тяжелая) – мучительная боль при половом контакте.
- Дизурия – боль при мочеиспускании, связанная с поражением мочевого пузыря и мочеточников.
- Вульводиния – болевой синдром наружных половых органов и во влагалище.
- Миофасциальная боль – мышечная боль в малом тазу.
- Гиперкинетическая дисфункция МТД – боль в области таза и ног.

- Центральная боль – связана с изменением активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, в частности таламических структур головного мозга и вегетативной нервной системы без раздражения ноцицепторов.

По мере прогрессирования эндометриоз становится запутанным клубком коморбидностей, вовлекая в патологический процесс не только репродуктивную систему, но и близлежащие органы, включая кишечник и мочевые пути (с формированием многочисленных спаек) [35]. Положительный эффект лечения агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона (Луприд депо) с последующим хирургическим лечением (при аденомиозе и генитальном эндометриозе) описан в разных источниках литературы.

Отмечен высокий клинический эффект аГнРГ при сочетании миомы и аденомиоза при хирургическом лечении. В частности, Луприд депо (лейпрорелин) вызывает регрессию очагов эндометриоза и уменьшение размеров фиброматозных узлов. У препарата хорошая переносимость и минимальный риск развития остеопороза, а также удобный режим дозирования – внутримышечная инъекция один раз в месяц.

Многочисленные факторы вместе формируют порочный круг патогенеза: на прорастающие кровеносные сосуды и на рост нервных окончаний влияют одни и те же факторы, то есть обильная васкуляризация идет параллельно с инвазией нервов. Новые волокна усиливают связь между зонами эктопии и ЦНС и тем самым формируют центральную интеграцию висцеральных сенсорных сигналов. Агрессивные формы эндометриоза (глубокий инфильтративный, ректовагинальный), при которых чаще возникают сексуальные нарушения, традиционно лечили и лечат хирургически.

Некоторые авторы подчеркивают, что вместе с тем медикаментозное лечение может эффективно купировать боль у женщин с этими формами эндометриоза [5].

Хирургические и медикаментозные методы не следует противопоставлять – при неэффективности лекарственной терапии оперативное лечение служит следующим шагом в лечении ХТБ, ассоциированной с эндометриозом. Исследователи изучают перспективы антагонистов ГнРГ, агонистов активируемых пероксисомными пролифераторами рецепторов типа  $\gamma$  (peroxisome proliferator-activated receptors- $\gamma$ , PPAR- $\gamma$ ), каберголина,  $\alpha$ 2-макроглобулина и селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов [40].

В рекомендациях ESHRE по ведению пациенток с эндометриозом (2022 г.) антагонисты ГнРГ отнесены к средствам второй линии терапии ХТБ наряду с агонистом ГнРГ (лейпрорелин).

Список хирургических вмешательств при эндометриозе обширен и включает как минимально инвазивные операции, так и удаление или абляцию эндометриоидных очагов, дренирование, склерозирование кист и цистэктомия, пресакральную неврэктомию (ПСН), удаление пораженных участков кишечника и гистерэктомию [39].

Итоги Кокрейновского обзора результатов использования лапароскопических вмешательств при эндометриозе (2020 г.) не позволяют с уверенностью заключить, что этот подход может облегчить боль при любых формах эндометриоза и даже гистерэктомию не гарантирует избавления от тазовой боли. Хирургическое лечение глубокого инфильтративного эндометриоза может превосходить медикаментозную терапию в отношении купирования симптомов ХТБ. Оральные контрацептивы, аГнРГ (Луприд депо), гестагены и даназол доказали свою эффективность, хотя профили побочных эффектов и их выраженность существенно различаются.

В Республике Беларусь зарегистрирован лекарственный препарат Зафрилл, содержащий 2 мг диеногеста, для лечения эндометриоза, что и отражено в официальной инструкции по медицинскому применению. Препарат эффективно устраняет боль при регулярном ежедневном использовании.

КОК традиционно используют для лечения тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом, у пациенток, нуждающихся в контрацепции в течение 12–24 месяцев [38].

Отдавая должное современной тенденции лечения растительными препаратами, можно привести данные исследований последних лет, которые показали, что куркумин (полифенол, получаемый из корня куркумы (*Curcuma longa*)) обладает антиоксидантными и противовоспалительными свойствами и может быть использован в облегчении ХТБ.

Ведение пациенток с ХТБ и эндометриозом должно быть персонализированным и учитывать не только физические, но и психологические аспекты.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тазовую боль невозможно рассматривать как сугубо медицинскую проблему. Психосоциальные факторы могут оказывать значительное влияние на хроническую боль любой локализации, в том числе в области малого таза. Для женщин с тазовой болью характерны более низкое качество жизни, повышенный уровень тревожности и депрессивных расстройств. Психотерапия включает распознавание и коррекцию тревожно-депрессивных расстройств, снижает воздействие стресса и помогает решать межличностные и внутриличностные конфликты. Страдают и межличностные отношения, поскольку партнеры пациенток также испытывают эмоциональные переживания, изоляцию и чувство бессилия. Изучение возможностей и эффективности когнитивно-поведенческой терапии при ХТБ показало устойчивое уменьшение выраженности алгических проявлений.

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Samoshkin N.G., Yarmolinskaya M.I., Polyakova V.O. The effectiveness of selective cyclooxygenase-2 inhibitors in the treatment of external genital endometriosis. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2018;67(2):52–60. (in Russian)
2. Radzinskii V.E., Orazov M.R., Orekhov R.E., et al. Chronic pelvic pain: versions, contraversions, perspectives. Moscow: StatusPraesens: 2024. 216 p. (in Russian).
3. Iarmolinskaya M.I., Khobets V.V. The role of oxytocin in the pathogenesis of endometriosis: different facets of the problem. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2019;68(3):89–98. doi 10.17816/10 (in Russian).
4. Dubrovina S.O., Berlim Yu.D., Aleksandrina A. D. et al. Current views on diagnosis and treatment of endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*. 2023;2:146–153. doi 10.18565/aig.2023.43 (in Russian).
5. Orazov M.R., Nosenko E.N., Pokul L.V. et al. Sexual function in women with endometriosis. "When love hurts": a systematic review of the impact of surgical and medical treatments for endometriosis on women's sexual function. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Education*. 2017;3(17):133–143. (in Russian).
6. Shostak N.A. Algology as an interdisciplinary problem of modern medicine. *Klinicist*. 2008;1:4–9. (in Russian).
7. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstetrics and gynecology*. 2020;135(3):e98–e109. doi: 10.1097/AOG.0000000000003716
8. Reavey J., Vincent K. Chronic pelvic pain. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2022;32(1):8–13.
9. EAU guidelines. Presented at the EAU Annual Congress, Milan, Italy. Arnhem, the Netherlands: EAU Guidelines Office; 2021. Available at: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>
10. Zinboonyahgoon N., Luansritisakul C., Eiamtanasate S., et al. Comparing the ICD-11 chronic pain classification with ICD-10: how can the new coding system make chronic pain visible? A study in a tertiary care pain clinic setting. *Pain*. 2021;162(7):1995–2001.
11. Cagnacci A., Vecchia E.D., Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. *Gynecological Endocrinology*. 2019;35(6):502–505.
12. Huang G., Le A.L., Goddard Y., et al. A systematic review of the cost of chronic pelvic pain in women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2022;44(3):286.e3–293.e3.

13. Smith S.E., Eckert J.M. Interventional pain management and female pelvic pain: considerations for diagnosis and treatment. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2018;36(2):159–163.
14. Lavand'homme P. Postpartum chronic pain. *Minerva Anestesiologica*. 2019;85(3):320–324.
15. Vissers J., Hehenkamp W., Lambalk C.B., Huirne J.A. Post-Caesarean section niche-related impaired fertility: hypothetical mechanisms. *Human Reproduction*. 2020;35(7):1484–1494.
16. Garza-Leal J.G., Sosa-Bravo F.J., Garza-Marichalar J.G. et al. Sexual abuse and chronic pelvic pain in a gynecology outpatient clinic: A pilot study. *International Urogynecology Journal*. 2020;32(5):1285–1291.
17. Grinberg K., Weissman-Fogel I., Lowenstein L., et al. How does myofascial physical therapy attenuate pain in chronic pelvic pain syndrome? *Pain Research and Management*. 2019;2019:6091257.
18. Cichowski S.B., Rogers R.G., Clark E.A., et al. Military sexual trauma in female veterans is associated with chronic pain conditions. *Military Medicine*. 2017;182(9):e1895–e1899.
19. Antolak S.J., Antolak C.M. Chronic pelvic pain: neurogenic or non-neurogenic? Warm detection threshold testing supports a diagnosis of pudendal neuropathy. *Pain Physician*. 2018;21(2):E125–E135.
20. Jiao X., Yuan M., Li Q., et al. Brain morphological and functional changes in adenomyosis with pain: A resting state functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(18):5286.
21. Phan V.T., Stratton R., Tandon H.K., et al. Widespread myofascial dysfunction and sensitization in women with endometriosis-associated chronic pelvic pain: A cross-sectional study. *European Journal of Pain*. 2021;25(4):831–840.
22. Finnerup N.B., Kuner R., Jensen T.S. Neuropathic pain: from mechanisms to treatment. *Physiological Reviews*. 2021;101(1):259–301.
23. Schulberg J., De Cruz P. Characterisation and therapeutic manipulation of the gut microbiome in inflammatory bowel disease. *Internal Medicine Journal*. 2016;46:266–273.
24. Khan K.N., Fujishita A., Hiraki K., et al. Bacterial contamination hypothesis: A new concept in endometriosis. *Reproductive Medicine and Biology*. 2018;17:125–133.
25. Chen C., Song X., Wei W., et al. The microbiota continuum along the female reproductive tract and its relation to uterine-related diseases. *Nature Communications*. 2017;8:875.
26. Chandler J., Wagner E., Riley K. Evaluation of female pelvic pain. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2018;36(2):99–106.
27. Patel C.B., Patel A.A., Diwan S. The role of neuromodulation in chronic pelvic pain: A review article. *Pain Physician*. 2022;25(4):531–542.
28. Prendergast S.A. Pelvic floor physical therapy for vulvodynia: A clinician's guide. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*. 2017;44(3):509–522.
29. Vandyken C., Hilton S. Physical therapy in the treatment of central pain mechanisms for female sexual pain. *Sexual Medicine Reviews*. 2017;5(1):20–30.
30. Brunahl C.A., Klotz S.G.R., Dybowski C., et al. Physiotherapy and combined cognitive-behavioral therapy for patients with chronic pelvic pain syndrome: Results of a non-randomized controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2021;11(12):e053421.
31. Filippini M., Luvero D., Salvatore S., et al. Efficacy of Fractional CO<sub>2</sub> Laser Treatment in Postmenopausal Women with Genitourinary Syndrome: A Multicenter Study. *Menopause*. 2020;27(1):43–49.
32. Silant'eva E.S., Astafieva E.K. Use of RF Energy as a Method for Correction of Sexual Dysfunction. *Anti-Age Cosmetology and Medicine*. 2018;3–4:145–148. (in Russian).
33. Phan V.T., Stratton P.T., Tandon H.K., et al. Widespread Myofascial Dysfunction and Sensitization in Women with Endometriosis-Associated Chronic Pelvic Pain: A Cross-Sectional Study. *European Journal of Pain*. 2021;25(4):851–840.
34. Adamyant L.V., Sonova M.M., Arslanian K.G., Loginova O.N. Features of Chronic Pelvic Pain in Patients with External Genital Endometriosis. *Treating Physician*. 2019;(9):85–87. (in Russian).
35. Becker K., Heinemann K., Imthurn B., et al. Real World Data on Symptomatology and Diagnostic Approaches of 27,840 Women Living With Endometriosis. *Scientific Reports*. 2021;11(1):20404.
36. Kotowska M., Urbaniak J., Falkowski W.J., et al. Awareness of Endometriosis Symptoms: A Cross-Sectional Survey Among Polish Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(18):9919.
37. Endometriosis: Clinical recommendations. Moscow; 2020. 60 p. Available at: [https:// cr.minzdrav.gov.ru/recomend/259\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/259_1). (in Russian)
38. Radzinsky B.E., Hamoshina M.B., Raevskaya O.A., et al. Essays on endocrine gynecology. Moscow: StatusPraesens, 2023;672 p. (in Russian).
39. Orazov M.R., Radzinsky V.E., Orekhov R.E. Effectiveness of Therapy for Endometriosis-Associated Pelvic Pain Resistant to Surgical Treatment. *Gynecology*. 2021;23(4):314–323.
40. Orazov M.R., Radzinsky V.E., Orekhov R.E., Tairova M.B. Efficiency of Prevention of Recurrences After Surgical Treatment of Ovarian Endometriosis. *Problems of Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2022;21(3):53–62.