

Ефективність нестероїдних протизапальних препаратів під час лікування синдрому хронічного тазового болю

Т.Г. Романенко, О.М. Суліменко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Доказова медицина – це підхід до медичної практики, за якого рішення щодо призначення лікувальних, діагностичних чи профілактичних заходів базується на виявлених доказах їхньої ефективності та безпечності.

Мета дослідження: оцінювання ефективності та безпечності застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) під час лікування хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувала 101 жінка репродуктивного віку з синдромом хронічного тазового болю (СХТБ) на тлі хронічних запальних процесів органів малого таза. Пацієнтки залежно від отриманого лікування випадковим способом були розподілені на дві групи: у 1-й групі (n=54) проводили комплексну антибактеріальну терапію у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами, анальгетиками; у 2-й групі (n=47) проводили комплексну антибактеріальну терапію у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами та НПЗП (Дікloseйф®, ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг). Критерієм виключення була наявність у пацієнтки ендометріозу.

Під час включення пацієнток у дослідження та через 6 міс після завершення лікування проводили анкетування для визначення наявності больового синдрому, психологічного статусу та якості життя.

Результати. Відзначені позитивна динаміка кількісної та якісної характеристики больового синдрому, а також зниження його інтенсивності у результаті консервативного лікування протягом 6 міс у 2-й групі. Також у 2-й групі отримано статистично достовірні дані зменшення депресії та особистісної тривожності на відміну від показників 1-ї групи.

Результати анкетування пацієнток 2-ї групи після лікування свідчать про покращання всіх компонентів фізичного здоров'я. Статистично значущі відмінності від показників 1-ї групи отримані за шкалою впливу болю на щоденну активність. Крім того, після лікування у пацієнток 2-ї групи відзначені статистично значущі зміни психічного здоров'я та всіх його складових: життєвої активності, соціальної активності, обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми.

Заключення. Патогенетично обґрунтоване використання НПЗП (Дікloseйф®, ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг) у комплексному лікуванні пацієнток із СХТБ дозволяє досягти значного покращання показників якості життя за рахунок корекції больового синдрому.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, лікування, нестероїдні протизапальні препарати.

Актуальність синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у жінок зумовлена зниженням якості життя, порушеннями психосоматичного стану, депресією, соціальною дезорієнтацією. Усе це у більшості випадків є більш значущим, ніж фізичні страждання. Біль є однією з основних причин, що змушують звернутися по медичну допомогу. Згідно з даними ВООЗ, частота таких звернень варіюється від 11 до 40% [5].

Хронічний тазовий біль (ХТБ) – поширена проблема, що зачіпає 1 із 6 жінок, частота її коливається від 10 до 39%, згідно з даними різних авторів. За даними ВООЗ, більше 60% жінок звертаються до гінеколога через тазовий біль щорічно [5–7]. Причини виникнення ХТБ різноманітні: гінекологічні захворювання – 70–75%, екстрагенітальні захворювання – 20–25%, психічні порушення – 1%, самостійне нозологічне значення – 1,5%.

Факторами ризику формування ХТБ є недостатня ефективність раніше проведеного лікування основного захворювання, недовраховання супутньої екстрагенітальної патології, порушення антиноцицептивної системи. Формування хронічного больового синдрому відбувається за відсутності своєчасного і достатнього купірування гострого болю. У цьому випадку відбувається зниження порогу больової чутливості, активується ноцицептивна система. Хронічний больовий синдром у всіх випадках призводить до негативних змін з боку вищої нервової діяльності (пізнавальної та поведінкової функцій), а також здійснює негативний вплив на емоційний стан людини та її статеве життя [2, 3]. СХТБ поєднується з різноманітними психоемоційними розладами та зниженням якості життя. У гінекологічній практиці ХТБ може розвиватися як наслідок:

- ендометріозу,
- застійних явищ у малому тазі,
- спайкового процесу,
- наявності інфекції,
- патології придатків матки,
- порушень з боку сечівника,
- наявності циститу та інтерстиціального циститу.

Крім того, ХТБ характерний для численних больових синдромів, у які топічно залучені різні ділянки малого таза:

- уретрального;
- сечоміхурового;
- вагінального;
- вестибулярного;
- вульварного;
- кліторального;
- сороміцького;
- аноректального;
- вульводинії [1, 10].

Сучасні принципи лікування ХТБ базуються на використанні етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії.

Серед широкого спектра та різноманіття асортименту лікарських засобів, що використовуються у сучасній гінекології, важливе місце посідають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Зважаючи, що значна кількість гінекологічних захворювань супроводжується больовим синдромом різного ступеня (від помірного до надзвичайно інтенсивного), анальгетичний ефект НПЗП під час проведення комплексної терапії має велике значення.

За твердженням А.П. Зильбера (1984), «біль – складний коктейль чутливості тіла і стану духу в даний момент, попе-

редніх звичок, виховання, культури, світогляду». Проте практичного лікаря поряд із психологічними чинниками цікавлять фізіологічні і патогенетичні механізми, знання яких допомагає у здійсненні воістину божественної функції – тамуванні болю. В організмі немає таких функціональних систем, які не залучалися б до дії больового синдрому. Біль, фігурально кажучи, руйнує організм. Тому призначення лікарських препаратів, що мають анальгетичні властивості, не є тільки симптоматичним, а цілком патогенетично обґрунтовано.

Застосування НПЗП при СХТБ усуває причину больових відчуттів, нормалізує локальні біохімічні процеси в тканинах, що оточують больові рецептори, знімає біль, тобто відповідає всім принципам сучасної терапії.

Мета дослідження: оцінювання ефективності та безпечності застосування НПЗП під час лікування хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України під нашим спостереженням перебувала 101 жінка репродуктивного віку із СХТБ на тлі хронічних запальних процесів органів малого таза. Пацієнтки із СХТБ залежно від отриманого лікування випадковим способом були розподілені на дві основні групи:

- у 1-й групі (n=54) проводили комплексну антибактеріальну терапію у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами, анальгетиками;
- у 2-й групі (n=47) проводили комплексну антибактеріальну терапію у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами та НПЗП (Дікloseйф®, ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг).

До складу Дікloseйфу входить диклофенак натрію 100 мг, який чинить виражену анальгетичну та протизапальну дію. Він є інгібітором простагландинсинтетази (циклооксигенази). Початкова доза становить 100–150 мг/добу. У разі тривалої терапії достатньо дози 100 мг/добу. Призначали препарат у формі ректальних супозиторіїв на ніч (добова доза 100 мг).

Критерієм виключення була наявність у пацієнтки ендометріозу.

У групу контролю для оцінювання показників якості життя було включено 34 пацієнтки без больового синдрому та ознак гінекологічної патології при задовільному загальному стані.

Під час включення пацієнток у дослідження та через 6 міс після завершення лікування проводили анкетування для визначення вираженості больового синдрому, психологічного статусу та якості життя. Були використані:

- візуальна аналогова шкала (ВАШ) для кількісного оцінювання болю (Visual Analogue Scale Pain Intensity Assessment): початкова точка лінії – біль відсутній (0 балів), кінцева – нестерпний біль (10 балів);
- опитувальник Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ) для якісного оцінювання болю.

Під час інтерпретації результатів використовуються:

- ранговий індекс болю (розраховується) для сенсорної та афективної шкал;

- тест Спілбергера – Ханіна (СХ) – для оцінювання реактивної та особистісної тривожності: до 30 балів – низька тривожність; 31–44 бали – помірна; 45 балів та більше – виражена тривожність;

- шкала депресій Центру епідеміологічних досліджень США (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale): до 18 балів – відсутні депресивні розлади; 19–25 балів – легкі депресивні розлади; 26 балів та більше – виражена депресія;

- шкала оцінювання депресії Бека (Beck Depression Inventory): до 9 балів – відсутні депресивні симптоми; 10–15 балів – легка депресія (субдепресія); 16–19 балів – помірна депресія; 20–29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості); 30–63 бали – тяжка депресія; окремо оцінюють дані за когнітивно-афективною субшкалою та субшкалою соматичних проявів депресії.

Опитувальник SF-36 (Health Status Survey) для оцінювання якості життя дає можливість проаналізувати 4 компоненти фізичного здоров'я (Physical Health – PH):

- стан фізичного здоров'я (Physical Functioning – PF),
- вплив фізичного здоров'я на повсякденну діяльність (Role-Physical Functioning – RP),
- вплив болю на повсякденну активність (Bodily Pain – BP),
- загальний стан здоров'я (General Health – GH),
- 4 компоненти психічного здоров'я (Mental Health – MH):
 - життєва активність (Vitality – VT),
 - соціальна активність (Social Functioning – SF),
 - обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (Role-Emotional – RE),
 - психічне здоров'я (MH).

Показники кожної шкали варіюються від 0 до 100 балів, де 100 балів – це повне здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в основних групах становив 35,4±4,2 року, у групі контролю – 37,1±2,3 року. У всіх жінок основних груп больовий синдром діагностований та був основною скаргою. Від моменту звернення пацієнток зі скаргами на біль у нижніх відділах живота пройшло 4,8±0,6 року.

Протягом цього часу жінки спостерігалися в акушерів-гінекологів (у середньому 9,3±1,6 візиту). За період спостереження пацієнтки в амбулаторних умовах пройшли від 2 до 9 курсів лікування (у середньому 6,8±1,2 курсу). Під час лікування 45 пацієнток (80,4%) отримували антибактеріальну терапію за відсутності критеріїв запалення, 32 (57,1%) – НПЗП, 17 (30,4%) – комбіновані оральні контрацептиви, 18 (32,1%) – різноманітні фізіотерапевтичні процедури, 15 (26,8%) – знеболювальні засоби. Після проведення призначених курсів лікування була відзначена нетривала позитивна динаміка. У подальшому при повторних зверненнях із подібними симптомами у 39 (69,6%) випадках знову призначали аналогічну схему лікування. Кількісна та якісна характеристика больового синдрому, а також динаміка його інтенсивності у результаті лікування представлені у табл. 1.

У результаті лікування відзначено позитивну динаміку всіх показників в обох основних групах. Консервативне лікування протягом 6 міс у 2-й групі було достатньо ефективним.

Таблиця 1

Динаміка інтенсивності болю в обстежених пацієнток із СХТБ, бали

| Метод оцінювання | 1-а група, n=54 | | 2-а група, n=47 | |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| ВАШ | 7,59±0,38 | 4,23±0,34* | 7,63±0,39 | 2,71±0,25** |
| Опитувальник Мак-Гілла | 27,14±5,18 | 14,85±4,86* | 28,09±6,13 | 9,54±2,74** |

Примітки: * – статистично значущі відмінності показників до та після лікування (p<0,05);

** – статистично значущі відмінності показників після лікування між групами (p<0,05).

Таблиця 2

Динаміка показників тривожності та депресії у пацієнток із СХТБ, бали

| Метод оцінювання | 1-а група, n=54 | | 2-а група, n=47 | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| <i>Тест Спілбергера – Ханіна:</i> | | | | |
| Реактивна тривожність | 40,20±6,54 | 32,40±5,32* | 42,80±5,27 | 29,30±5,71 ^{**} |
| Особистісна тривожність | 45,90±5,32 | 42,30±2,18 | 47,40±5,01 | 32,80±3,21 ^{**} |
| Шкала депресії Центру епідеміологічних досліджень | 27,20±3,87 | 23,40±3,14 | 28,30±5,33 | 12,40±2,13 ^{**} |
| Шкала депресії Бека | 16,90±2,98 | 12,50±2,67 | 17,90±2,13 | 6,50±1,76 ^{**} |

Примітки: * – статистично значущі відмінності показників до та після лікування (p<0,05);
** – статистично значущі відмінності показників після лікування між групами (p<0,05).

Таблиця 3

Показники якості життя в основних групах та групі контролю до лікування, бали

| Показник | Основна група, n=101 | Контрольна група, n=34 |
|----------|----------------------|------------------------|
| PF | 71,20±6,02* | 95,50±6,80 |
| RP | 70,10±9,98* | 90,20±4,90 |
| BP | 59,30±8,76* | 97,10±7,40 |
| GH | 47,70±9,06* | 81,90±5,30 |
| VT | 47,30±7,94* | 72,30±7,90 |
| SF | 52,90±8,63* | 88,30±7,60 |
| RE | 35,30±4,59* | 75,50±6,90 |
| MH | 57,70±8,53* | 74,40±7,50 |
| PH | 52,30±3,73 | 55,60±6,20 |
| MH | 36,70±2,79* | 46,80±5,30 |

Примітка: * – Статистично значущі відмінності показників між основною групою та контрольною (p<0,05).

Таблиця 4

Показники якості життя у пацієнток із СХТБ до та після лікування, бали

| Показник | 1-а група, n=54 | | 2-а група, n=47 | |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| PF | 70,90±6,42 | 82,60±6,89* | 71,50±5,68 | 87,90±8,23* |
| RP | 69,80±9,31 | 80,20±10,31* | 70,40±8,89 | 80,56±9,59* |
| BP | 59,10±9,98 | 72,90±8,34* | 59,60±8,70 | 84,23±9,81 ^{**} |
| GH | 48,10±9,79 | 63,60±5,93* | 47,30±8,36 | 64,30±6,63* |
| VT | 46,10±8,91 | 51,70±6,58 | 48,70±7,38 | 60,90±7,34 ^{**} |
| SF | 52,60±8,67 | 57,80±7,76 | 53,30±8,09 | 79,62±8,59 ^{**} |
| RE | 35,60±4,54 | 37,90±3,63 | 34,80±5,41 | 69,20±7,89 ^{**} |
| MH | 57,40±8,69 | 57,90±5,63 | 58,10±7,63 | 70,10±4,75 ^{**} |
| PH | 52,20±4,09 | 55,10±3,61 | 52,50±3,84 | 54,10±3,14 |
| MH | 36,50±2,91 | 35,90±4,35 | 36,90±2,72 | 46,10±2,39 ^{**} |

Примітки: * – статистично значущі відмінності показників до та після лікування (p<0,05);
** – статистично значущі відмінності показників після лікування між групами (p<0,05).

Під час оцінювання рівня тривожності та депресії після лікування було виявлено достовірні відмінності між пацієнтками досліджуваних груп (табл. 2).

Слід зазначити, що результати нашого дослідження підтверджені численними літературними даними про суттєву роль психологічного компонента у патогенезі та перебігу СХТБ: у таких пацієнток показники депресії та рівня тривожності виходять за межі нормативних. У 1-й групі відзначено зниження рівня реактивної тривожності, однак достовірних відмінностей щодо рівня депресії та особистісної тривожності не виявлено. У 2-й групі у результаті лікування виявлені

статистично достовірні покращання всіх досліджуваних параметрів. Крім того, у 2-й групі відзначені статистично достовірні дані зменшення депресії та особистісної тривожності на відміну від показників 1-ї групи. Результати анкетування, проведеного до лікування, свідчать про більш низькі показники якості життя в основних групах за всіма шкалами фізичного та психологічного компонента здоров'я порівняно з даними контрольної групи.

Оскільки вихідні дані показників у групах не мали статистично достовірних відмінностей, ми приводимо середнє значення для основних груп (табл. 3).

Сумарний показник фізичного компонента здоров'я достовірно не відрізняється від такого у групі контролю. Згідно з даними анкетування пацієнок 1-ї групи, після проведеного лікування спостерігалось достовірне покращання показників фізичного здоров'я: фізичного функціонування (PF), обмеження фізичної активності через біль (RP), інтенсивності болю (BP) та загального стану здоров'я (GH) (табл. 4). Психічне здоров'я у пацієнок 1-ї групи залишилось на низькому рівні: жодна з його складових не мала достовірних відмінностей від показників до лікування, що пов'язано, на нашу думку, з відсутністю корекції психоемоційних розладів.

Результати анкетування пацієнок 2-ї групи після лікування також свідчать про покращання всіх компонентів фізичного здоров'я (див. табл. 4). Статистично значущі відмінності від показників 1-ї групи отримані за шкалою впливу болю на щоденну активність (BP). Крім того, після лікування у 2-й групі у пацієнок зафіксовано статистично значущі зміни психічного здоров'я та усіх його складових: життєвої активності (VT), соціальної активності (SF), обмеження повсякденної активності через емоціональні проблеми (RE) та психічного здоров'я (MH).

У зіставленні результатів лікування між групами наявна достовірна відмінність на користь 2-ї групи за п'ятьма

шкалами: вплив болю на щоденну активність (BP), життєва активність (VT), соціальна активність (SF), обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (RE) та психічне здоров'я (MH). Показник психологічного компонента здоров'я (MH) також достовірно вищий у 2-й групі.

ВИСНОВКИ

1. Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) часто діагностують у соціально активних жінок репродуктивного віку. Він спричинює тяжку соціальну дезадаптацію і значно погіршує якість життя пацієнок. При СХТБ до фізичних чинників часто приєднуються психоемоційні фактори, які посилюють дію один одного, тим самим впливаючи на результат лікування.

2. Традиційний підхід до лікування тазового болю не завжди дозволяє ліквідувати больовий синдром. Тому необхідні нові підходи до лікування СХТБ, зокрема на підставі вивчення психоемоційного стану пацієнок та аналізу якості життя.

3. Патогенетично обгрунтоване використання нестероїдних протизапальних препаратів (Діклосейф®, ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг) у комплексному лікуванні пацієнок із СХТБ дозволяє досягти значного покращання показників якості життя за рахунок корекції больового синдрому.

Эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов при лечении синдрома хронической тазовой боли Т.Г. Романенко, О.Н. Сулименко

Доказательная медицина – это подход к медицинской практике, при котором решение о назначении лечебных, диагностических или профилактических мероприятий базируется на установленных доказательствах их эффективности и безопасности.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при лечении хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась 101 женщина репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) на фоне хронических воспалительных процессов органов малого таза. Пациентки в зависимости от полученного лечения случайным образом были разделены на две группы: в 1-й группе (n=54) проводили комплексную антибактериальную терапию в сочетании с антиагрегантами, антигипоксантами, анальгетиками; во 2-й группе (n=47) проводили комплексную антибактериальную терапию в сочетании с антиагрегантами, антигипоксантами и НПВП (Диклосейф®, ректальные супозитории диклофенака натрия 100 мг). Критерием исключения было наличие у пациентки эндометриоза. При включении пациенток в исследование и через 6 мес после завершения лечения проводили анкетирование для определения наличия болевого синдрома, психологического статуса и качества жизни.

Результаты. Отмечены положительная динамика количественной и качественной характеристики болевого синдрома, а также снижение его интенсивности в результате консервативного лечения в течение 6 мес во 2-й группе. Также во 2-й группе отмечены статистически достоверные данные уменьшения депрессии и личностной тревожности в отличие от показателей 1-й группы. Результаты анкетирования пациенток 2-й группы после лечения свидетельствуют об улучшении всех компонентов физического здоровья. Статистически значимые различия показателей 1-й группы получены по шкале влияния боли на ежедневную активность. Кроме того, после лечения во 2-й группе у пациенток отмечены статистически значимые изменения психического здоровья и всех его составляющих: жизненной активности, социальной активности, ограничение повседневной активности из-за эмоциональных проблем.

Заключение. Патогенетически обоснованное использование НПВП (Диклосейф®, ректальные супозитории диклофенака натрия 100 мг) в комплексном лечении пациенток с СХТБ позволяет достичь значительного улучшения показателей качества жизни за счет коррекции болевого синдрома.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, лечение, нестероидные противовоспалительные препараты.

The effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of chronic pelvic pain syndrome T.G. Romanenko, O.M. Sulimenko

Evidence-based medicine is an approach to medical practice in which the decision on the appointment of therapeutic, diagnostic or preventive measures is based on the evidence of their effectiveness and safety.

The objective: assessment of the effectiveness and safety of the use of NSAIDs in the treatment of chronic pelvic pain in women of reproductive age.

Materials and methods. Under our supervision, there were 101 women of reproductive age with chronic pelvic pain syndrome (CPPS) on the background of chronic inflammatory processes of the pelvic organs. Patients, depending on the received treatment, were randomly divided into two groups: Group I (n=54) – complex antibiotic (AB) therapy was conducted in combination with antiplatelet agents, antihypoxants, analgesics; Group II (n=47) – complex antibiotic (AB) therapy was performed in combination with antiplatelet agents, antihypoxants and NSAIDs (DICLOSAFE, diclofenac sodium 100 mg). The exclusion criterion was the presence of an endometriosis in a patient.

When patients were included in the study and 6 months after the completion of the treatment, a questionnaire was conducted to determine the severity of the pain syndrome, psychological status and quality of life.

Results. Positive dynamics of quantitative and qualitative characteristics of the pain syndrome, as well as dynamics of its intensity as a result of conservative treatment for 6 months in group II, was noted. Also, in group II, statistically significant data on the reduction of depression and personal anxiety are noted, in contrast to the indicators of group I.

The results of the questionnaire of patients in group II after treatment indicated improvement of all components of physical health. Statistically significant differences with the indicators of Group I were obtained on the scale of the effect of pain on daily activity (BP). In addition, after treatment in the II group, the patients showed statistically significant changes in mental health and all its components: vital activity (VT), social activity (SF), limitation of daily activity due to emotional problems (RE) and mental health I (MH).

Conclusion. Pathogenetically grounded use of NSAIDs (DICLOSAFE suppositories) in the complex treatment of patients with CPPS allows to achieve a significant improvement in quality of life indicators due to the correction of pain syndrome.

Key words: chronic pelvic pain syndrome, treatment, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Сведения об авторах

Романенко Тамара Григорьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 721-96-19. *E-mail: romanenko.tmr@gmail.com*

Сулименко Ольга Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ананьева Л. Рациональна терапія болю – комбінація анальгетиків // Ліки України. – 2005. – № 2 (91). – С. 81–82.
2. Рыбалка А.Н., Миклин О.П., Камилова И.К., Косолапова Н.В., Прочан Е.Н., Гудзь О.В. Варикозная болезнь вен малого таза как причина хронической тазовой боли //Таврический медико-биологический вестник. 2015. – Т. 18, № 1 (69).
3. Коренная В.В. НПВП в лечении пациенток с первичной дисменореей. Гинекология. – 2015; 01: 55–58
4. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Степанян Л.В., Эльдерова К.С., Магалян О.Г. Некоторые современные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза. Consilium Medicum. 2015; 06: 73–76.
5. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10years of development. Eur. Urol. 2013; 64: 431–439
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The initial management of chronic pelvic pain (Green-top Guideline No. 41). London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, May 2012.
7. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (review). Cochrane Database Syst Rev 2012; 2: CD007407.
8. Hannah Twiddy, Natalie Lane, Rajiv Chawla, Selina Johnson, Alison Bradshaw, Shaireen Aleem, Lucinda Mawdsley. The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialised interdisciplinary approach. British Journal of Pain 2015, Vol. 9(4) 233–240
9. Maria Beatriz Ferreira Gurian, Omero Benedicto Poli Neto, Julio Cesar Rosa e Silva, Antonio Alberto Nogueira, and Francisco Jose Candido dos Reis Reduction of Pain Sensitivity is Associated with the Response to Treatment in Women with Chronic Pelvic Pain. Pain Medicine, May 2015; 16: 849–854.
10. Andrews J, Yunker A, Reynolds W, et al. Noncyclic Chronic Pelvic Pain Therapies for Women: Comparative Effectiveness. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. AHRQ Publication No. 11(12)-EHC088-EF.
11. Maria T. Chao, Priscilla D. Abercrombie, Sanae Nakagawa, Lee A. Learman, Miriam Kuppermann. Prevalence and Use of Complementary Health Approaches among Women with Chronic Pelvic Pain in a Prospective Cohort Study. Pain Medicine 2015; 16: 328–340.

Статья поступила в редакцию 25.09.2018