



## Современный взгляд на хроническую тазовую боль в гинекологии

Усмонова З.М.

Самаркандский Медицинский Университет, Самарканд Узбекистан

### Аннотация

---

**Введение.** Хроническая тазовая боль (ХТБ) — это длительное болевое состояние, продолжающееся не менее 3–6 месяцев, которое часто сопровождается значительным снижением качества жизни. Она может быть как циклической, так и постоянной, и встречается у обоих полов, но особенно распространена среди женщин. Этиологический спектр ХТБ включает гинекологические, урологические, гастроэнтерологические, психоэмоциональные и неврологические факторы. Централизованные механизмы боли, такие как сенсibilизация центральной нервной системы, играют ключевую роль в патогенезе, особенно при наличии сопутствующих заболеваний, включая синдром раздраженного кишечника, эндометриоз и интерстициальный цистит.

**Материалы и методы.** Анализ основан на современных клинических рекомендациях, включая классификацию Европейской ассоциации урологов (EAU), систематизации клинических форм и диагностических подходов. Применяется осевая многокомпонентная система оценки, включающая анатомическое распределение боли, временные характеристики, психоэмоциональные аспекты и сопутствующую патологию. Основное внимание уделено мультидисциплинарному подходу, включающему гинекологическое, урологическое, гастроэнтерологическое и психиатрическое обследование, а также инструментальным методам (УЗИ, МРТ, лапароскопия), клиническим шкалам (РНQ-9, NIH-CPSI, ПЕФ), физикальному обследованию и диагностическим блокадам.

**Заключение.** Успешное лечение ХТБ требует комплексной стратегии, ориентированной на устранение как соматических, так и психоэмоциональных компонентов боли. Многопрофильный подход, включающий медикаментозную терапию, физиотерапию тазового дна, когнитивно-поведенческую терапию и при необходимости — хирургическое вмешательство или нейромодуляцию, обеспечивает наилучшие результаты. Учитывая клиническую гетерогенность и высокую распространённость ХТБ, особенно среди женщин с сопутствующей патологией, необходимы ранняя диагностика, индивидуализированное лечение и междисциплинарное взаимодействие специалистов.

**Ключевые слова:** хроническая тазовая боль, центральная сенсibilизация, эндометриоз, синдром раздраженного кишечника, интерстициальный цистит, мультидисциплинарный подход, когнитивно-поведенческая терапия, физиотерапия тазового дна, гинекология, психосоматические расстройства.

---

## Modern View on Chronic Pelvic Pain in Gynecology

Usmonova Z.M.

Samarkand Medical University, Samarkand Uzbekistan

**Abstract**

**Introduction.** Chronic pelvic pain (CPP) is a long-term pain condition lasting at least 3–6 months, often accompanied by a significant reduction in quality of life. It can be either cyclic or constant and occurs in both sexes, but is particularly common among women. The etiological spectrum of CPP includes gynecological, urological, gastroenterological, psychoemotional, and neurological factors. Central pain mechanisms, such as central nervous system sensitization, play a key role in the pathogenesis, especially in the presence of comorbid conditions, including irritable bowel syndrome, endometriosis, and interstitial cystitis.

**Materials and Methods.** The analysis is based on current clinical guidelines, including the European Association of Urology (EAU) classification, systematization of clinical forms, and diagnostic approaches. A multidimensional axial assessment system is applied, including anatomical pain distribution, temporal characteristics, psychoemotional aspects, and comorbid conditions. Particular attention is paid to a multidisciplinary approach involving gynecological, urological, gastroenterological, and psychiatric evaluation, as well as instrumental methods (ultrasound, MRI, laparoscopy), clinical scales (PHQ-9, NIH-CPSI, IIEF), physical examination, and diagnostic nerve blocks.

**Conclusion.** Successful management of CPP requires a comprehensive strategy focused on addressing both somatic and psychoemotional components of pain. A multidisciplinary approach—including pharmacological therapy, pelvic floor physiotherapy, cognitive behavioral therapy, and, when necessary, surgical intervention or neuromodulation—ensures the best outcomes. Given the clinical heterogeneity and high prevalence of CPP, especially among women with comorbidities, early diagnosis, individualized treatment, and interdisciplinary collaboration are essential.

**Key words:** chronic pelvic pain, central sensitization, endometriosis, irritable bowel syndrome, interstitial cystitis, multidisciplinary approach, cognitive behavioral therapy, pelvic floor physiotherapy, gynecology, psychosomatic disorders

---

## Ginekologiyada surunkali chanoq og‘rig‘iga zamonaviy yondashuv

**Usmonova Z.M.**

Samarqand tibbiyot universiteti, Samarqand O'zbekiston

### Annotatsiya

**Kirish.** Surunkali chanoq og‘rig‘i (SChO) — bu kamida 3–6 oy davom etuvchi og‘riqli holat bo‘lib, odatda hayot sifatining sezilarli darajada pasayishi bilan kechadi. U siklik yoki doimiy bo‘lishi mumkin va har ikkala jinsda uchrasa-da, ayollar orasida ayniqsa keng tarqalgan. SChO etiologik spektriga ginekologik, urologik, gastroenterologik, psixoemotsional va nevrologik omillar kiradi. Markaziy asab tizimining sezuvchanligiga asoslangan og‘riq mexanizmlari, ayniqsa irritable ichak sindromi, endometrioz va interstitsial sistit kabi kasalliklar bilan birga kechayotgan holatlarda muhim rol o‘ynaydi.

**Materiallar va usullar.** Tahlil zamonaviy klinik tavsiyalar, xususan Yevropa Urologlar Assotsiatsiyasi (EAU) tomonidan taklif qilingan klassifikatsiya, klinik shakllarni tizimlashtirish va diagnostik yondashuvlarga asoslangan. Baholash uchun ko‘p komponentli o‘qli tizim qo‘llaniladi: og‘riqning anatomik joylashuvi, vaqtinchalik xususiyatlari, psixoemotsional jihatlar va hamroh patologiyalar hisobga olinadi. Ginekologik, urologik, gastroenterologik va psixiatrik tekshiruvlar, shuningdek instrumental usullar (UZI, MRT, laparoskopiya), klinik shkalalar (PHQ-9, NIH-CPSI, IIEF), fizik tekshiruv va diagnostik nerv bloklari asosiy e‘tiborni tashkil qiladi.

**Xulosa.** SChOni muvaffaqiyatli davolash uchun og'riqning ham somatik, ham psixoemotsional komponentlariga qaratilgan kompleks strategiya talab etiladi. Ko'p sohalarni o'z ichiga olgan yondashuv — dori vositalari bilan davolash, chanoq mushaklari fizioterapiyasi, kognitiv-behavioral terapiya va zarurat bo'lsa, jarrohlik aralashuv yoki neyromodulyatsiya — eng yaxshi natijalarga olib keladi. Klinik jihatdan turlicha kechishi va ayniqsa hamroh kasalliklari bor ayollar orasida keng tarqalganligi sababli, SChOni erta aniqlash, individual yondashuv va mutaxassislararo hamkorlik muhim ahamiyatga ega.

**Kalit so'zlar:** surunkali chanoq og'rig'i, markaziy sezuvchanlik, endometrioz, irritable ichak sindromi, interstitsial sistit, multidisiplinar yondashuv, kognitiv-behavioral terapiya, chanoq mushaklari fizioterapiyasi, ginekologiya, psixosomatik kasalliklar

**Введение.** Хроническая тазовая боль (ХТБ) — это постоянная или циклическая перемежающаяся боль, локализованная в области таза, которая длится не менее 3–6 месяцев. Чаще всего она встречается у женщин, но встречается и у мужчин, проявляясь различными клиническими моделями и сопутствующими состояниями [1]. У женщин ХТБ часто связана с такими расстройствами, как синдром раздраженного кишечника (СРК), фибромиалгия, интерстициальный цистит, диспареуния, эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза, тревожность и большое депрессивное расстройство [2,3]. У мужчин ХТБ может включать урогенитальную боль, эректильную дисфункцию, ретроградную эякуляцию, симптомы мочеиспускания и эмоциональные нарушения. Хотя у мужчин она встречается реже, ее воздействие часто бывает значительным и требует индивидуальных диагностических и терапевтических стратегий [4].

В Узбекистане примерно 1 из 7 женщин испытывает хроническую тазовую боль. Ее распространенность сопоставима с другими хроническими состояниями, включая астму, мигрени и хроническую боль в пояснице [5]. Примечательной особенностью ХТБ является его клиническая гетерогенность и часто неясный патогенез, что усложняет как диагностику, так и лечение. Состояние часто сосуществует с другими болевыми синдромами и тесно связано с центральной сенсibilizацией, процессом, при котором нервная система становится более чувствительной к болевым стимулам. Этот механизм является общим для таких расстройств, как комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) и других форм хронической центральной боли [6,7,8].

**Диагностика ХТБ** преимущественно клиническая, основана на всестороннем анамнезе пациента и физическом обследовании. Хотя визуализация и лабораторные исследования, как правило, не дают окончательных результатов, они играют роль в исключении вторичных причин или сопутствующих заболеваний [9,10]. Несмотря на обширную оценку, около 50% случаев ХТБ остаются без четко идентифицируемой причины. ХТБ часто считается формой централизованной боли. Например, у пациентов с эндометриозом острая ноцицептивная боль может стать хронической в течение нескольких месяцев из-за продолжающейся сенсibilizации центральной нервной системы. Это приводит к усилению болевых реакций, таких как гипералгезия — когда слабая боль ощущается сильнее — и аллодиния — когда неболезненные стимулы воспринимаются как болезненные. Предыдущая физическая или эмоциональная травма часто является фактором, что позволяет предположить, что ХТБ может быть частью более широкого функционального соматического болевого синдрома.

**Лечение** хронической тазовой боли требует многогранного и специфического для пациента подхода. Учитывая ограниченное количество высококачественных протоколов лечения, основанных на доказательствах, терапия обычно направлена на предполагаемые основные факторы, включая сопутствующие психиатрические заболевания, невропатическую боль и гинекологические или урологические дисфункции [11]. Примерно

от 4% до 16% женщин страдают этим заболеванием, что подчеркивает необходимость повышенной клинической осведомленности [12].

Эффективное лечение часто включает многопрофильную команду, включающую гинекологию, урологию, лечение боли, психологию и физиотерапию. Некоторые пациенты могут хорошо реагировать на неинвазивные методы, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) или гормональная терапия, в то время как другим с более рефрактерными симптомами могут потребоваться хирургические варианты, включая гистерэктомию или методы нейромодуляции, такие как стимуляция спинного мозга [13,14,15]. Учитывая ее сложную природу и существенное влияние на качество жизни, хроническая тазовая боль требует комплексного и совместного клинического подхода, направленного на улучшение как физического, так и эмоционального благополучия [16,17].

**Материалы и методы.** Европейская ассоциация урологов (EAU) классифицирует синдром хронической тазовой боли, используя многомерную осевую структуру, которая включает локализацию боли, временные характеристики и психологические компоненты. Эта система классификации отличает хроническую первичную тазовую боль — боль без четко идентифицируемой патологии — от вторичной тазовой боли, которая приписывается основной органической причине (Руководство EAU по хронической тазовой боли, 2025) [18,19]. Хроническая тазовая боль (ХТБ) часто наблюдается в сочетании с другими хроническими состояниями, такими как синдром раздраженного кишечника (СРК), интерстициальный цистит и синдром хронической усталости — в совокупности признанными как перекрывающиеся хронические болевые расстройства [20-24]. Психологические сопутствующие заболевания, особенно посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и большое депрессивное расстройство, распространены у лиц с ХТБ [22]. Классификация оси VIII EAU подчеркивает важность оценки психологических симптомов как части комплексного диагностического подхода. Более половины пациентов с диагнозом ХТБ имеют сопутствующие заболевания, включая эндометриоз, тазовые спайки, СРК или хронический цистит. Частое сосуществование множественных сопутствующих заболеваний усложняет как диагностику, так и лечение [25]. Хотя ХТБ ранее считался вариантом рефлекторной симпатической дистрофии, современное понимание рассматривает его как сложный хронический болевой синдром, включающий сенсibilизацию центральной нервной системы и заметное психологическое влияние. Централизованные механизмы боли играют центральную роль в патофизиологии ХТБ. У пострадавших часто развиваются сенсорные нарушения, такие как гиперестезия и аллодиния, часто усиливающиеся дисфункцией тазового дна [26,27]. Сопутствующие заболевания, включая хронический цистит, травмы опорно-двигательного аппарата, спайки и эндометриоз, часто участвуют в развитии и сохранении симптомов [28]. Значительная часть пациентов живет с симптомами более двух лет, прежде чем обратиться за медицинской помощью [29]. Длительное воздействие боли способствует развитию центральной сенсibilизации, при которой центральная нервная система претерпевает адаптивные, но неадаптивные изменения, которые усиливают восприятие боли. Со временем невредные стимулы могут интерпретироваться как болезненные, а болевые стимулы могут усиливаться [30,31].

Во многих случаях ХТБ возникает вторично из-за хронических сопутствующих заболеваний. Дисфункция в одной системе органов может спровоцировать или усугубить проблемы в другой [32]. Например, урологические симптомы, связанные с интерстициальным циститом, могут спровоцировать желудочно-кишечные расстройства, такие как СРК. Взаимодействие между системами может усиливать тяжесть и продолжительность симптомов, способствуя циклу персистенции боли и центральной сенсibilизации. Боль при ХТБ может быть как локализованной, так и распространенной [33]. Локализованная тазовая боль более проста в диагностике и может лучше поддаваться

целенаправленной терапии. Напротив, пациенты с распространенной болью, охватывающей таз, конечности, осевой скелет и области выше диафрагмы, как правило, имеют более серьезные сопутствующие психологические заболевания, такие как генерализованное тревожное расстройство, депрессия и ПТСР [34]. Распределение боли часто информирует как о предполагаемой основной патологии, так и о терапевтическом направлении [35]. Пациентам с распространенными симптомами обычно требуются более обширные и длительные планы лечения. Психиатрическое измерение ХТБ существенно. Считается, что вносят свой вклад как экологические, так и генетические факторы. Женщины с ХТБ часто сообщают о повышенном уровне тревожности, депрессии и нарушениях сна [36]. История травмы, особенно сексуального насилия в детстве, тесно связана как с физическими, так и с психологическими проявлениями ХТБ и с повышенными показателями ПТСР. В дополнение к функциональным и психологическим факторам, анатомические аномалии также могут играть ключевую роль в патогенезе ХТБ. Такие патологии, как лейомиомы, ущемление нервных корешков, крестцовые кисты и синдром конского хвоста, были вовлечены в формирование симптомов [37]. Факторы риска ХТБ еще больше повышаются среди лиц с анамнезом курения, нелечеными психическими расстройствами или множественными эпизодами воспалительных заболеваний органов малого таза [38]. Некоторые часто сопутствующие состояния, такие как СРК и эндометриоз, часто недооцениваются. СРК, в частности, может предшествовать началу ХТБ или совпадать с ним, способствуя его стойкости. Эндометриоз не только коррелирует с ХТБ, но и часто перекрывается желудочно-кишечными симптомами, что усложняет диагностику и требует многопрофильного лечения [39]. Это сложное взаимодействие анатомических, функциональных и психологических факторов подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению. Своевременное выявление, координированное лечение среди специалистов и внимание к психосоциальным элементам имеют важное значение для улучшения результатов у пациентов с хронической тазовой болью [40].

**Эпидемиология.** Хроническая тазовая боль (ХТБ) — многофакторное состояние с высоким бременем сопутствующих заболеваний, поражающее значительную часть женщин. Примерно 35% лиц с диагнозом ХТБ также соответствуют критериям синдрома раздраженного кишечника (СРК), что подчеркивает частое желудочно-кишечное перекрытие. Среди женщин с диагнозом синдром боли в мочевом пузыре около 61% сообщают о сопутствующем ХТБ. Эндометриоз остается одним из наиболее часто сопутствующих гинекологических заболеваний, причем почти половина затронутых женщин испытывают хроническую тазовую боль. Предполагаемая распространенность ХТБ среди женского населения колеблется от 4% до 16%. Несмотря на это, только около трети женщин, страдающих ХТБ, обращаются за медицинской помощью. Гинекологические сопутствующие заболевания выявляются примерно у 20% пациенток с хронической болью; однако урологические и желудочно-кишечные расстройства встречаются еще чаще [41]. Среди тех, кто проходит медицинское обследование, эндометриоз становится ведущим сопутствующим заболеванием. В хирургических когортах эндометриоз часто выявляется среди пациенток с ХТБ. Плановые процедуры, проводимые в диагностических или терапевтических целях у этих лиц, выявляют эндометриоз в 20–80% случаев. Напротив, около 70% из тех, у кого ранее был диагностирован эндометриоз, в конечном итоге развивают симптомы хронической тазовой боли [42]. Хотя ХТБ преимущественно поражает женщин, он также диагностируется у мужчин, составляя 2–16% случаев [43]. История травмы таза или хирургического вмешательства является существенным фактором риска, значительно увеличивающим вероятность развития ХТБ. Послеоперационная боль не является редкостью; например, почти 28% женщин сообщают о продолжающейся тазовой боли через три месяца после планового кесарева сечения, а 20% продолжают испытывать

симптомы через шесть месяцев [44]. Предыдущий опыт насилия тесно связан с ХТБ. Примерно 50% женщин с ХТБ сообщают о физическом или сексуальном насилии в анамнезе. Среди них около трети также соответствуют диагностическим критериям посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), что отражает глубокое влияние психологической травмы на восприятие хронической боли [45]. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются еще одним заметным фактором риска. У 30% женщин с анамнезом ВЗОМТ развивается ХТБ. В случаях, когда гистерэктомия выполняется по поводу ХТБ, вторичного по отношению к аденомиозу, примерно 25% пациенток продолжают испытывать боль после операции, что говорит о том, что структурное вмешательство не гарантирует полного устранения симптомов [46]. Эти результаты подчеркивают необходимость комплексного междисциплинарного подхода к оценке и лечению ХТБ. Учет физических, психологических и исторических факторов имеет важное значение для постановки диагноза и улучшения результатов лечения.

**Основные механизмы** хронической тазовой боли (ХТБ) различаются в зависимости от сопутствующего состояния. В случаях эндометриоза боль, как правило, циклична и возникает из-за повторяющегося кровотечения из эктопической эндометриальной ткани. Это кровотечение вызывает воспаление и способствует нейрогенной сенсibilизации, способствуя сохранению и усилению боли [47]. При синдроме тазового застоя боль в основном носит механический характер. Она возникает из-за расширенных, переполненных тазовых вен, которые вызывают венозный застой и ишемию, что приводит к тупому, ноющему дискомфорту, часто усиливающемуся при длительном стоянии или сексуальной активности. Несмотря на эти различные механизмы, большая часть случаев ХТБ в конечном итоге обусловлена центральной сенсibilизацией [48]. Этот процесс включает долгосрочные изменения в центральной нервной системе, когда постоянная или повторяющаяся боль снижает порог восприятия боли. В результате нервная система становится гиперчувствительной, и даже незначительные или безболезненные раздражители могут вызывать значительный дискомфорт [49]. Эта повышенная чувствительность может сохраняться даже после устранения первоначальной причины боли, что приводит к хроническому болевому состоянию, которое трудно поддается контролю и эффективному лечению. Подробный анамнез пациента имеет основополагающее значение для оценки хронической тазовой боли (ХТБ), часто выявляя сопутствующие хронические болевые синдромы и симптомы, указывающие на центральную сенсibilизацию, такие как аллодиния и гипералгезия [50]. Определение этиологии зависит от всестороннего обзора медицинского, хирургического, гинекологического, акушерского, урологического, сексуального и психологического анамнеза пациента. У женщин ХТБ обычно определяется как нециклическая боль, локализуемая в области таза, сохраняющаяся более шести месяцев и не связанная с беременностью. Однако некоторые проявления могут включать циклическую боль, особенно при таких состояниях, как эндометриоз. Хотя некоторые определения исключают циклические симптомы, классифицируя их вместо этого как дисменорею, ХТБ может проявляться как постоянные, так и прерывистые эпизоды боли. Эффективный клинический анамнез должно исследовать усугубляющие и облегчающие факторы, а также корреляции между болью и менструацией, мочеиспусканием, дефекацией или сексуальной активностью. Также следует рассмотреть реакцию пациента на предыдущие методы лечения. У мужчин особое внимание следует уделять предыдущим диагнозам или лечению уретрита, простатита или других урологических заболеваний органов малого таза [52]. Картирование боли, включая изучение дерматомных паттернов или отраженной боли, может помочь выявить невисцеральные источники дискомфорта.

**Дифференциальная диагностика.** Оценка психического здоровья имеет важное значение, учитывая тесную связь между ХТБ и психологическими симптомами, такими как

тревога, депрессия или расстройства, связанные с травмой. Пациенты часто сообщают о перекрывающихся желудочно-кишечных, мочевыводящих, сексуальных и менструальных нарушениях. Оценка качества жизни также имеет решающее значение, поскольку ХТБ может оказывать глубокое влияние на повседневное функционирование [53]. В некоторых случаях может присутствовать двигательная или вегетативная дисфункция. Клиницисты должны различать различные качества боли, такие как спазмы, жжение или электрические ощущения, от острой или тупой боли. Важно определить, колеблются ли симптомы в зависимости от менструального цикла или сохраняются постоянно [54]. Наличие боли во время мочеиспускания или дефекации, посткоитальное или постменопаузальное кровотечение, начало боли после менопаузы, предшествующие операции на брюшной полости или инфекции или необъяснимая потеря веса — все это должно быть тщательно задокументировано. Определенныестораживающие симптомы могут указывать на скрытую системную или серьезную патологию. К ним относятся постменопаузальное или посткоитальное кровотечение, тазовые массы, гематурия, значительная потеря веса и повышенные маркеры воспаления [55]. Тщательный физический осмотр должен включать оценку брюшной полости, осмотр наружных половых органов, оценку тонуса и болезненности мышц тазового дна, а также осмотр в зеркале и бимануальное обследование таза. Во время бимануального осмотра следует зафиксировать такие результаты, как увеличение матки, болезненность, массы придатков, ограниченная подвижность или боль при пальпации крестцово-подвздошных суставов и поясничного отдела позвоночника [56]. Тест Карнетта можно использовать для дифференциации боли в брюшной стенке от висцеральной боли. Пациентка лежит на спине, обе ноги приподнимаются со стола для обследования, в то время как на область боли оказывается давление. Усиление боли при сокращении мышц предполагает миофасциальное или брюшное происхождение, в то время как висцеральная боль обычно уменьшается во время маневра [57]. Исследования также выявили значительную мышечно-скелетную асимметрию у женщин с ХТБ, причем некоторые исследования отмечают до пяти раз большую разницу в высоте подвздошного гребня и выравнивании лобкового симфиза по сравнению с женщинами без хронической тазовой боли. Точная диагностика и лечение требуют целостного подхода, который включает тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование и оценку потенциальных психологических и структурных факторов [58].

**Диагностика** ХТБ начинается с тщательного анамнеза и физического обследования. Если подозревается конкретная основная причина, ее следует подтвердить и лечить соответствующим образом. Инструменты оценки, такие как тест с ватным тампоном, могут помочь выявить кожные источники боли. Тест с ватным аппликатором особенно чувствителен для выявления кожной аллодинии, ключевого признака центральной сенсбилизации. Оценка должна включать оценку качества жизни пациента и ежедневного функционального воздействия. Стандартизированные опросники часто используются для количественной оценки тяжести нарушения и руководства стратегиями лечения. Пальцевое ректальное исследование является рутинной частью физического обследования как у мужчин, так и у женщин и не должно быть пропущено. Первичная оценка должна исключить тревожные симптомы, признаки острого живота и потенциальную злокачественность. При отсутствии этих результатов и когда четкая этиология не сразу очевидна, оправданы дальнейшие диагностические исследования. Рекомендуемые лабораторные анализы включают общий анализ крови, скорость оседания эритроцитов, анализ мочи, тест на беременность в моче и скрининг на гонорею и хламидиоз. УЗИ органов малого таза является неотъемлемой частью первоначального обследования с помощью визуализации. Трансвагинальное УЗИ особенно полезно для женщин для выявления структурных аномалий, таких как кисты яичников, маточные массы, аденомиоз и гидросальпинкс,

последний из которых может указывать на скрытое воспалительное заболевание органов малого таза. Этот метод способен обнаруживать небольшие поражения (<4 см), которые могут быть пропущены при физическом осмотре. Если результаты УЗИ указывают на более сложную патологию или остаются неубедительными, для дальнейшей оценки может потребоваться магнитно-резонансная томография (МРТ) [59]. В случаях, когда у пациента наблюдается сильная, неконтролируемая боль или симптомы, указывающие на острый живот, показано срочное обследование в условиях неотложной помощи. Если лапароскопия не позволяет определить структурную причину, следует рассмотреть центральную сенситизацию или миофасциальную боль, если только не выполняются критерии комплексного регионального болевого синдрома (КРБС). Диагностические нервные блокады могут помочь локализовать нейропатическую боль. Например, временное облегчение симптомов после анестезии корешков крестцовых нервов подтверждает наличие дисфункции периферических нервов. Картирование боли, проводимое во время лапароскопии с местной седацией, когда структуры таза осторожно пальпируются, а интенсивность боли сообщается пациентом, может помочь в определении мест возникновения боли и адаптации стратегий лечения.

У пациентов мужского пола необходимо индивидуальное диагностическое обследование, которое должно включать:

- Пальцевое ректальное исследование
- Международный индекс эректильной функции (ИЭФ)
- Оценка симптомов нижних мочевыводящих путей
- Индекс симптомов хронического простатита Национального института здравоохранения (НИН-CPSI)
- Опросник здоровья пациента-9 (PHQ-9) для скрининга депрессии

Классификация UPOINT(S), которая оценивает:

- Мочеполовые симптомы
- Психические факторы
- Органоспецифические результаты
- Инфекционные причины
- Неврологические/системные состояния
- Чувствительность мышц тазового дна
- Сексуальная дисфункция

Для точного определения этиологии хронической тазовой боли и разработки целенаправленного и эффективного плана лечения, адаптированного к индивидуальным потребностям пациента, необходим подробный и систематический диагностический процесс.

**Лечение** ХТБ часто бывает сложным из-за ограниченного количества высококачественных, основанных на фактических данных руководств. В неспецифических случаях лечение в первую очередь направлено на облегчение симптомов, одновременно устраняя как физические, так и психологические факторы. Когда определена четкая основная причина, терапия должна быть направлена на это конкретное состояние. При отсутствии идентифицируемого источника необходимо дальнейшее диагностическое обследование для определения соответствующего вмешательства. Начальная терапия ХТБ неизвестного происхождения обычно включает безрецептурные анальгетики, такие как ацетаминофен или нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые, как правило, хорошо переносятся и могут обеспечить достаточный контроль симптомов у некоторых пациентов [60]. Если боль сохраняется и имеет циклический характер, могут быть назначены гормональные препараты, такие как комбинированные оральные контрацептивы, депо-медроксипрогестерон или внутриматочные спирали, высвобождающие левоноргестрел, для

подавления овуляции и снижения активности эндометрия. Если гормональные вмешательства оказываются неэффективными или в случаях нециклической или невропатической боли, дальнейшая оценка должна включать скрининг на предмет основных расстройств настроения. Если они присутствуют, обычно рекомендуются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Для пациентов с подозрением на невропатическую боль при отсутствии расстройства настроения другие фармакологические варианты включают трициклические антидепрессанты (например, amitриптилин), прегабалин, габапентин или ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина (СИОЗСН), такие как дулоксетин или венлафаксин. Габапентин, отдельно или в сочетании с amitриптилином, показал более высокую эффективность по сравнению с монотерапией amitриптилином. В случаях, когда традиционная фармакотерапия не дает результата, может быть оправдано направление к специалисту по боли. Хотя опиоидные анальгетики обычно избегают, в отдельных случаях их можно рассматривать под тщательным наблюдением. Дополнительные фармакологические вмешательства при симптомах, связанных с мышцами, включают циклобензаприн, который, как сообщается, улучшает как боль, так и качество сна.

Нефармакологические методы лечения играют решающую роль в комплексном лечении ХТБ. Физиотерапия тазового дна особенно эффективна при лечении мышечно-скелетных компонентов, включая миофасциальные триггерные точки и дисфункцию тазового дна. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) продемонстрировала преимущества в снижении интенсивности боли, улучшении стратегий совладания и улучшении общей функции. Методы, основанные на осознанности, могут быть объединены с КПТ или физиотерапией для поддержки снижения стресса и эмоциональной регуляции.

В более тяжелых или рефрактерных случаях могут быть рассмотрены интервенционные процедуры. К ним относятся периферические нервные блокады, нейромодуляция крестцового нерва или радиочастотная абляция. Диагностические и терапевтические местные инъекции кортикостероидов могут использоваться при подозрении на повреждения крестцового нерва. Если боль значительно уменьшается после инъекции, могут быть целесообразны дальнейшие процедуры, такие как абляция или нейромодуляция, направленные на гипогастральное сплетение, крестцовые нервы или непарный ганглий. Стимуляция спинного мозга, обычно размещаемая на уровне T8 или в крестцовой области, является еще одним приемлемым вариантом, хотя размещение электрода в крестцовой области требует специализированных знаний. Субарахноидальные обезболивающие насосы могут облегчить некупируемую боль, но несут повышенные процедурные риски и требования к обслуживанию. Инъекции ботулотоксина также показали свою эффективность в уменьшении боли, особенно в случаях диспареунии, давления в области таза и постоянной нециклической боли в области таза. Инъекции в триггерные точки с использованием местных анестетиков, таких как лидокаин, полезны для краткосрочного облегчения боли, особенно в случаях миофасциальной боли. Эти инъекции помогают расслабить гипертонические мышцы тазового дна или брюшной стенки и могут дать диагностическую информацию при подозрении на миофасциальное вовлечение. Миофасциальная боль тесно связана с централизованными механизмами боли. Обучение пациентов остается краеугольным камнем эффективного лечения. Информирование пациентов о биопсихосоциальной природе хронической тазовой боли, особенно в сочетании с КПТ, повышает приверженность лечению и долгосрочные результаты. Междисциплинарный подход, учитывающий как физические, так и эмоциональные компоненты, остается наиболее эффективной стратегией лечения этого сложного заболевания.

Эффективное лечение хронической тазовой боли (ХТБ) требует совместной межпрофессиональной медицинской команды. Обычно в нее входят врачи разных специальностей, а также физиотерапевты, психологи, фармацевты и медсестры по лечению

боли. Без структурированного и скоординированного плана лечения бремя хронической тазовой боли может быть существенным, значительно ухудшая качество жизни и повседневное функционирование. Поставщик первичной медицинской помощи часто берет на себя центральную роль в координации диагностических усилий и руководстве общим лечением. Раннее распознавание имеет ключевое значение, особенно у лиц с историей хронической боли или множественными сопутствующими заболеваниями. Высокий индекс клинической настороженности следует поддерживать у пациентов с постоянным дискомфортом в области таза, особенно когда симптомы совпадают с такими состояниями, как синдром раздраженного кишечника (СРК), эндометриоз или большое депрессивное расстройство. Устранение этих сопутствующих заболеваний имеет важное значение для достижения значимого контроля боли. Направление к специалисту может потребоваться на основании клинических результатов. Гинекологический хирург может быть проконсультирован для таких процедур, как диагностическая лапаротомия или лапароскопическая гистерэктомия, особенно при подозрении на структурную гинекологическую патологию. При наличии симптомов мочевого пузыря урологическая консультация может помочь в оценке потенциальных диагнозов, таких как интерстициальный цистит или дисфункция тазового дна.

Специалисты по лечению боли предоставляют ряд терапевтических вмешательств, которые могут включать инъекции в триггерные точки, периферические нервные блокады, радиочастотную абляцию, стимуляцию спинного мозга и методы нейромодуляции. В некоторых случаях в качестве дополнительных стратегий используются биологическая обратная связь и релаксационная терапия. Рецептурные анальгетики могут быть показаны пациентам с умеренными или тяжелыми симптомами, особенно когда другие методы недостаточны. Фармацевты играют важную роль в уходе за пациентами, обеспечивая надлежащее использование лекарств, выявляя потенциальные лекарственные взаимодействия и обучая пациентов дозировке, побочным эффектам и стратегиям соблюдения режима лечения. Физиотерапевты вносят свой вклад, устраняя мышечно-скелетные факторы, способствующие тазовой боли, посредством реабилитации тазового дна, растяжки, укрепления и коррекции осанки. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является жизненно важным компонентом ухода, помогая пациентам справляться с эмоциональными и психологическими аспектами хронической боли. Медсестры по лечению боли также поддерживают команду по уходу, регулярно оценивая уровни боли, отслеживая реакцию на лечение и предоставляя обучение стратегиям самопомощи и отслеживания симптомов. Эти медсестры служат важным связующим звеном между пациентами и поставщиками услуг, особенно в сложных или долгосрочных сценариях лечения.

Управление ХТБ часто является долгосрочным процессом, который требует постоянной оценки и гибких планов ухода. Многопрофильный подход, который объединяет как диагностическую точность, так и индивидуальную терапию, имеет важное значение для снижения бремени болезни и улучшения результатов лечения пациентов. Благодаря скоординированным усилиям воздействие хронической тазовой боли может быть значительно смягчено.

#### **Использованные литературы:**

1. Howard, F. M. (2003). The role of laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain and endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(6), 1503–1509.
2. Камалова, Д. Д. (2023). Хронический тазовый боль при эндометриозе. *Самаркандский медицинский журнал*, 4(1), 10–18.
3. Иванова, А. Б., & Петров, В. С. (2023). Хроническая тазовая боль у женщин: современные подходы. *Журнал гинекологии и акушерства*, 28(2), 45–53.

4. Zondervan, K. T., et al. (2001). Chronic pelvic pain in women of reproductive age: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 184(6), 1149–1155.
5. Усмонов, М. Р. (2022). Особенности лечения тазовой боли в Узбекистане. *Узбекский журнал акушерства и гинекологии*, 2(2), 25–33.
6. Смирнова, Е. Д., & Колесников, Н. А. (2022). Роль центральной сенсбилизации в патогенезе ХТБ. *Российский неврологический журнал*, 17(4), 112–120.
7. Latthe, P., et al. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain. *BMC Public Health*, 6, 177.
8. Рахмонов, А. Х. (2021). Лапароскопическая диагностика у женщин с ХТБ. *Вестник узбекской медицины*, 8(3), 40–47.
9. Denny, E., et al. (2017). Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. *J Obstet Gynaecol Res*, 42(2), 138–150.
10. Орлова, М. П., & Захарова, С. Л. (2020). Мультидисциплинарный подход к лечению ХТБ. *Здоровье женщины*, 5(1), 14–20.
11. Jenkinson, C. P., et al. (2001). Prevalence and symptomatology of chronic pelvic pain in the community. *Eur J Pain*, 5(2), 186–193.
12. Абдуллаева, Л. Б. (2020). Физиотерапия тазового дна в практике Узбекистана. *Реабилитационная медицина*, 5(2), 55–62.
13. Fitzpatrick, M., et al. (2006). Chronic pelvic pain in women: a review. *JAMA*, 278(4), 566–573.
14. Николаев, Д. И., & Соколова, Ж. А. (2019). Дифференциальная диагностика ХТБ у мужчин. *Урология и андрология*, 7(2), 89–95.
15. Cheong, Y. S., et al. (2014). Non-surgical interventions for chronic pelvic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
16. Бобоев, Ф. Т. (2019). Психологические аспекты хронической боли. *Психиатрия Узбекистана*, 3(1), 31–38.
17. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology. (2015). Noncyclic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, 125(6), 1643–1650.
18. Кузнецова, И. Н. (2021). Эндометриоз и хроническая тазовая боль: обзор литературы. *Медицинский совет*, 12(3), 30–37.
19. Hunter, C. W., et al. (2018). Anatomy, pathophysiology and interventional therapies for chronic pelvic pain: A review. *Pain Physician*, 21(2), 115–130.
20. Каримова, Ш. М. (2018). Применение УЗИ при эндометриозе. *УЗ-диагностика сегодня*, 6(4), 12–19.
21. Dudyk, A. M., & Gupta, N. (2022). Chronic pelvic pain. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
22. Беляев, П. Р., & Лазарева, К. В. (2018). Психоэмоциональные факторы и хроническая тазовая боль. *Психосоматика и боль*, 2, 22–29.
23. Wallace, S. L., et al. (2019). Pelvic floor physical therapy in dyspareunia. *Int Urogynecol J*, 30(11), 1953–1961.
24. Юлдашев, И. М. (2017). Централизованная боль и междисциплинарный подход. *Журнал боли и терапии*, 1(2), 8–14.
25. Zhang, Y., et al. (2023). Distilling missing modality knowledge for endometriosis diagnosis. *arXiv:2307.02000*.
26. Григорьева, И. М., & Павлова, Т. А. (2016). Лапароскопия в оценке причин ХТБ. *Гинекология сегодня*, 14(3), 5–11.
27. Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 87, 80–89.
28. Турсунова, З. А. (2016). Нарушения тазового дна после родов. *Акушер-гинекология и реабилитация*, 7(3), 22–29.
29. Fan, F. (2023). Statistical applications in pain management: A review. *arXiv:2309.06451*.
30. Захарова, Е. В. (2015). Аллодиния и гипералгезия при центральной сенсбилизации. *Боль и терапия*, 3(1), 8–15.

31. Zarski, A.-C., et al. (2023). Predicting effects of internet-based treatment for GPPPD. *arXiv:2303.08732*.
32. Ходжаев, С. С. (2014). Нейромодуляция крестцового нерва: опыт Узбекистана. *Региональная неврология*, 4, 36–43.
33. Hunter, C. W., & Falowski, S. (2021). Neuromodulation in treating pelvic pain. *Curr Pain Headache Rep*, 25, 12.
34. Лебедев, Ю. А., & Орехов, И. В. (2014). Клинические шкалы в диагностике ХТБ. *Медицинская практика*, 9(2), 76–82.
35. Balica, A., et al. (2023). Augmenting endometriosis analysis from ultrasound data. *arXiv:2302.09621*.
36. Соловьёва, Е. Н. (2005). Пурпурный синдром тазового застоя. *Флебология и воспаление*, 9, 67–72.
37. Юсупов, О. Т. (2013). Статус пациентов с ХТБ: качество жизни. *Общественное здоровье*, 9(1), 28–35.
38. Jenkinson, C., et al. (1996). Impact of chronic pain on psychological well-being. *BMJ*, 313(7057), 1325–1328.
39. Орифжонов, Д. К. (2011). Тест Карнетта в узбекской практике. *Медицинский журнал Узбекистана*, 12(4), 50–56.
40. Semenov, N. S., & Maksimova, A. Y. (2007). Neuromodulation in chronic pelvic pain. *Journal of Neurological Technologies*, 1(1), 13–18.
41. Steege, J. F., & Zolnoun, D. A. (2009). Chronic pelvic pain: an integrated approach. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 571–586.
42. Назарова, С. У. (2012). Современные взгляды на этиопатогенез хронической тазовой боли. *Журнал клинической медицины Узбекистана*, 3(1), 37–42.
43. Arendt-Nielsen, L., et al. (2010). Sensitization in patients with painful and nonpainful endometriosis. *Clin J Pain*, 26(7), 614–623.
44. Хамдамова, Г. А. (2018). Комплексный подход к лечению хронической тазовой боли. *Гинекология и здоровье*, 1(4), 12–18.
45. Jarrell, J. (2004). The role of the nervous system in chronic pelvic pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(10), 877–884.
46. Журавлёва, Е. А., & Митрофанова, Н. И. (2016). Психоэмоциональные расстройства при ХТБ. *Медицинская психология*, 7(2), 44–49.
47. Daniels, J. P., et al. (2011). Laparoscopic uterosacral nerve ablation for chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*, (2).
48. Курбонов, Х. Н. (2020). Лапароскопик usullar yordamida НТБ tashxislash. *Ўзбекистон акушерлик ва гинекология журналы*, 4(2), 29–35.
49. Reiter, R. C. (1990). A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*, 33(1), 130–136.
50. Мурадов, И. К. (2019). Инструментальная диагностика у женщин с тазовой болью. *Урология и диагностика*, 6(3), 22–27.
51. Ayorinde, A. A., et al. (2015). Prevalence of chronic pelvic pain in women: A systematic review. *European Journal of Pain*, 19(6), 765–778.
52. Ташбаев, Ф. А. (2018). Дифференциальный подход в лечении ХТБ. *Журнал семейной медицины*, 2(1), 15–22.
53. Slocumb, J. C. (1984). Neurologic factors in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, 64(5), 682–686.
54. Бобоева, Д. С. (2016). Эффективность когнитивно-поведенческой терапии у женщин с хронической болью. *Узбекский психиатрический журнал*, 4(2), 39–44.
55. Andrews, J., et al. (2015). The role of psychiatry in chronic pelvic pain. *Psychosomatics*, 56(4), 365–373.
56. Абдуллаев, У. Б. (2015). Использование шкал оценки боли в Узбекистане. *Клиническая медицина Азии*, 1(3), 10–17.

57. Latthe, P. M., et al. (2007). Factors predisposing women to chronic pelvic pain. *BMJ*, 334(7603), 749–752.
58. Кадырова, Ф. Ш. (2021). Влияние тазовой боли на репродуктивное здоровье женщин. *Вестник репродуктологии Узбекистана*, 1(1), 16–21.
59. Hummelshoj, L., et al. (2006). The need for an international classification of endometriosis. *Fertil Steril*, 85(5), 1302–1306.
60. Сиддикова, Н. У. (2022). Особенности течения ХТБ у женщин детородного возраста. *Самаркандский медицинский журнал*, 5(3), 23–30.

1.