

ПРИЧИНЫ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН

Е.Л. Яроцкая, докт мед. наук

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Москва

E-mail: inter_otdel@mail.ru

Представлены частота и классификация тазовых болей у женщин, этиологические факторы, современные представления о патогенезе синдрома хронической тазовой боли. Освещен современный интегрированный подход к тактике ведения таких пациенток.

Ключевые слова: тазовые боли, синдром хронической тазовой боли.



Тазовыми болями страдают многие женщины. Конечно, абсолютное большинство женщин связывают тазовые боли с неблагополучием репродуктивной сферы, что собственно и является основной причиной их обращения к гинекологу. Действительно, тазовые боли – один из ведущих симптомов большинства гинекологических заболеваний, хотя они могут иметь и другие причины, иногда могут носить «необъяснимый» или идиопатический характер. Лечение (даже при установленной патологии) не всегда устраняет или облегчает боли, из-за чего серьезно страдает качество жизни женщин.

Терминология и классификация

Международная ассоциация по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP) определяет боль как «неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или возможным повреждением тканей и описываемое в терминах такого повреждения». Говоря о тазовых болях, имеют в виду боли в нижних отделах живота и(или) спины, и(или) в области таза. В МКБ-10 термин «тазовая боль» встречается в Классе XVIII («Симптомы,

признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»), в Блоке R10-R20 (боли в области таза и промежности; боли, локализованные в других областях нижней части живота). Боль как явление, связанное с женскими половыми органами и менструальным циклом, выделена в МКБ-10 в отдельную категорию, включающую *mittelshmerz*, дисменорею, диспареунию, синдром предменструального напряжения, вагинизм, другие уточненные и неуточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом (Класс XIV, №94).

Острая боль характеризуется локализованностью, приступообразным или внезапным началом, значительной интенсивностью, как правило, пропорциональной повреждению органа или тканей, и быстрым разрешением в результате выздоровления. Хроническая тазовая боль (ХТБ), согласно определению из классификации хронических болевых синдромов, предложенной IASP, представляет собой патологическое состояние, проявляющееся постоянными или циклическими болями в нижних отделах живота и поясницы, существующими не менее 6 мес.

ХТБ подразделяют на варианты: хроническая тазовая боль, сопутствующая четко определенным заболеваниям и хроническая тазовая боль в отсутствие таковых. Для 1-го варианта IASP предложено определение «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием», для 2-го – «синдром хронической тазовой боли» [12].

Эпидемиология

Частота ХТБ у женщин репродуктивного возраста варьирует, по данным систематического обзора 2014 г., от 5,7% в Австрии до 26,6% в Египте. Эпидемиологические оценки затруднены в связи с недостаточностью статистических данных, отсутствием системы регистрации и консенсуса в отношении определений ХТБ и синдрома ХТБ [11].

Этиология и патогенез

По происхождению тазовые боли подразделяются на соматические – исходящие от соматических структур, находящихся между (и включая их)

париетальной брюшиной и кожей стенок таза (костей, мышц, фасций и сухожилий, соединительной и жировой ткани, стенок сосудов); висцеральные – исходящие от внутренних органов таза и брюшной полости; нейрогенные – возникающие вследствие механического раздражения или поражения компонентов периферической или центральной нервной системы; психогенные, обусловленные поражениями психической сферы.

Причиной тазовой боли при гинекологических заболеваниях могут быть механическое раздражение болевых рецепторов внутренних органов и соматических структур в результате спазмов, сдавления, растяжения, изменения кровоснабжения (ишемия, венозный застой), физико-химическое раздражение биологически активными веществами – продуктами воспаления или поврежденных тканей: калием, гистамином, серотонином, простагландинами.

Острое начало боли характерно для многих неотложных состояний в гинекологии – перфораций или разрывов опухолей и опухолевидных образований яичников, перекрута их анатомических ножек, апоплексии яичника, внутрибрюшного кровотечения, острых гнойных заболеваний тазовых органов, рождающегося подслизистого миоматозного узла и др., представляющих собой осложнения заболеваний, могущих существовать достаточно продолжительное время. Острая боль может также сопутствовать вполне физиологическим процессам, таким как овуляция (*mittelschmerz*) и менструация. Разновидностью острой ноцицептивной боли является и послеоперационная боль.

Хронические висцеральные боли могут быть обусловлены миомой матки, опухолями и кистами яичников, пороками развития гениталий и другими состояниями; сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови, неправильным положением внутренних половых органов, гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки, наружным и внутренним эндометриозом. Нередко имеет место сочетанная гинекологическая патология, причем каждое из заболеваний может быть причиной болей. Наличие сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологии (грыжи, заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей, остеохондроз позвоночника и др.) может существенно затруднить определение истинной причины болей. Наиболее частые негинекологические причины висцеральной тазовой боли – заболевания нижних отделов системы мочевого выделения, желудочно-кишечного тракта, соматической – заболевания позвоночника, грыжи передней брюшной стенки, забрюшинные образования.

Послеоперационная боль, являясь изначально острой, иногда дает начало *невропатической* боли или другим ее типам.

Психогенная боль – исключительно эмоциональное переживание, вызванное эндогенным или экзогенным повреждением эмоционально-аффективной сферы. Психогенная тазовая боль может возникать как бред или галлюцинация при шизофрении, но наиболее часто встречается в рамках невротических тревожно-фобических расстройств, а также при аффективных психозах, компонентом которых является депрессия (циклотимия, дистимия, маниакально-депрессивный психоз). Отдельно выделяют состояния, которые не могут быть однозначно отнесены ни к психической, ни к физической сфере и квалифицируются как психосоматические расстройства:

- соматизация психических нарушений;
- развитие соматической патологии под влиянием психогенных факторов;
- психические расстройства, отражающие реакцию на соматическое заболевание (соматогении) [6].

Большинство гинекологических заболеваний существуют продолжительно до установления диагноза, поэтому и боли, сопутствующие им, носят хронический характер. Болевые симптомы могут принимать стойкий характер и не всегда прекращаются после ликвидации первичного анатомического очага. Постепенно происходит расширение рецепторного поля и развиваются аллодиния (интерпретация неболевых стимулов как болевых), нейрогенное воспаление в зонах идентичной иннервации, отраженная гипералгезия незаинтересованных органов (примером может служить часто обсуждаемая в литературе триада: дисменорея – синдром раздраженного кишечника – интерстициальный цистит; [8]).

Потоки импульсов, постоянно или периодически в течение длительного времени поступающие в кору головного мозга, приводят к нарушению нормальных взаимоотношений между корой и подкоркой и развитию невротических состояний. В этой ситуации развитие болей в большей степени обусловлено нарушениями взаимодействия антиноцицептивной и ноцицептивной систем на разных уровнях, и можно говорить о формировании синдрома ХТБ, признаками которого являются:

- постоянный или постоянно-циклический характер болей;
- их длительность ≥ 6 мес;
- вегетативные признаки депрессии: бессонница, анорексия и психомоторное торможение;
- декомпенсация качества жизни по большинству категорий.

Тактика ведения гинекологических больных с тазовыми болями

Обследование больных. Причина болей в большинстве случаев может быть установлена при тщательном сборе анамнеза и физикальном обследовании. Помимо гинекологов, к обследованию обычно привлекают специалистов других специальностей – общих хирургов, онкологов, урологов, невропатологов и психиатров.

При опросе особое внимание уделяют хронологии болей (когда и какие компоненты добавлялись, в связи с какими событиями или факторами – физическими, психосоциальными, сексуальными) и их субъективной оценке с помощью шкал или балльных систем.

При синдроме тазовых болей прибегают к психометрической оценке личности, которая включает в себя психоэмоциональное тестирование (с помощью шкал тревожности и депрессии и ежедневной оценки сна) и оценку основных категорий качества жизни (физическая активность, трудоспособность, сексуальное, семейное и социальное функционирование). Показано исследование функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) и вегетативной регуляции.

При подозрении на психогенный характер тазовых болей можно применить следующие диагностические критерии: характер патологических ощущений, несвойственный тазовой патологии; несоответствие жалоб объективным данным обследования; наличие психопатологических симптомов (бред, навязчивая идея); «ножницы» между динамикой психического расстройства и клиническим течением основного заболевания. При наличии этих критериев к обследованию необходимо привлечь психиатра.

Углубленное обследование должно предусматривать применение специальных методов визуализации: УЗИ (желательно с выполнением цветного доплеровского картирования), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и спиральной компьютерной томографии, ангиографии. Каждый из методов имеет специальное значение при конкретной патологии. Так, спиральная компьютерная томография позволяет в ходе 1 диагностической процедуры получить представление о большинстве органов и систем организма и об изменении их анатомо-топографических взаимоотношений в результате патологического процесса (например, при распространенном эндометриозе, сложных пороках, тяжелом спаечном процессе, синдроме остатков яичниковой ткани, варикозном расширении тазовых сосудов).

Возможности МРТ в дифференцировке мягких тканей, в частности мышечных и фасциальных структур тазового дна и передней брюшной стенки,

имеют важное значение для выявления неманифестных грыж и других дефектов; кроме того, этот метод эффективно применяется при патологических процессах ЦНС и скелетно-мышечной системы. Важную информацию о состоянии нижних отделов толстого кишечника и мочевыводящих путей предоставляют эндоскопические исследования (цистоуретроскопия, ректороманоскопия, колоноскопия).

В некоторых случаях показано специальное неврологическое обследование, включающее в себя неврологические тесты и диагностические блокады нервных сплетений для исключения костно-мышечных, мышечно-фасциальных или невропатических болей.

Наконец, уникальные диагностические возможности предоставляет лапароскопия, позволяющая уточнить, установить или отвергнуть возможные причины болей, не выявляемые другими методами. Комплексное применение инструментальных методов дает возможность установить характер всей имеющейся патологии, степень поражения органа, вовлечение в патологический процесс соседних структур, разработать индивидуальную лечебную тактику, рационально спланировать хирургическое вмешательство.

Общие принципы лечения гинекологических больных, страдающих тазовыми болями. Комплексное обследование позволяет оценить долевое участие в развитии тазовых болей гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, степень психоэмоциональных расстройств, сексуальной дисфункции, семейной и социальной дезадаптации и определить тактику лечения, подход к которому независимо от того, сформировался ли болевой синдром или имеет место умеренно выраженная болевая симптоматика, не должен быть редуцированным – «найти единственную причину и устранить ее». Интегрированный подход подразумевает оценку всех компонентов единого болевого процесса, что требует одновременного внимания и работы с максимально возможным числом компонентов [8]. Программы лечения независимо от характера выявленной патологии могут включать в себя операцию или лекарственную терапию (или их комбинации), направленные на коррекцию физической патологии, меры по устранению функциональных расстройств, применение средств, модулирующих центральный ответ на болевые импульсы (анальгетики, антидепрессанты), физиотерапевтические лечебные и профилактические мероприятия, а также психологическую реабилитацию на протяжении всего лечения.

Хирургическое лечение. Оперативное вмешательство показано не только при конкретных гинекологических заболеваниях, но и при тазовых болях

неясной (несмотря на расширенное обследование с помощью современных методов визуализации) этиологии. Поэтому лапароскопия в связи с ее широкими диагностическими возможностями является приоритетным доступом, даже если коррекция основной патологии может быть выполнена другим адекватным доступом, например влагалищным. При любой гинекологической патологии в алгоритм обследования целесообразно включать гистероскопию для исключения возможной внутриматочной патологии [3].

Оптимальная хирургическая тактика у больных с ХТБ состоит в полном удалении патологических очагов после предварительной беспристрастной оценки анатомической ситуации. Вся сопутствующая гинекологическая и экстрагенитальная патология, не требующая отдельного сложного или этапного вмешательства с применением специальных хирургических технологий, должна быть устранена одновременно с хирургической коррекцией основного заболевания. Должен быть произведен лизис всех видимых и доступных спаек, устранены дефекты брюшины. При наличии варикоза тазовых сосудов возможна их экстраперитонеальная резекция или лапароскопическое лигирование яичниковых вен, или их эмболизация, или склерозирование яичниковых вен под контролем флебографии.

С целью прерывания потоков афферентных импульсов от внутренних половых органов могут применяться как самостоятельно, так и в сочетании с основным вмешательством следующие денервационные процедуры: рассечение (или иссечение) крестцово-маточных связок, пресакральная неврэктомия и др. [1, 2].

Выбор объема вмешательства должен основываться исключительно на характере выявленной патологии, репродуктивном статусе, возрасте больной, но не должен зависеть от степени тяжести ХТБ или синдрома ХТБ. У пациенток репродуктивного возраста, если это целесообразно, следует выполнять органосохраняющие операции.

Современные технологии позволяют выполнить любую операцию минимально травматично. Рациональное применение современных технологий (хирургические энергии, синтетические барьеры, клеевые композиции и шовный материал) значительно снижает частоту и степень распространения послеоперационных спаек, обеспечивает высокую анатомичность операции, адекватное заживление раны и функциональную полноценность органа, что является важным аспектом как лечения, так и профилактики тазовых болей.

Медикаментозная терапия. Лекарственная терапия может быть основным или дополнительным компонентом программы лечения. Цель гормо-

нальной терапии – устранение гормонального дисбаланса путем ингибирования стероидогенеза в яичниках и создания гипоестрогенного состояния. В частности, для лечения персистирующих болевых симптомов после удаления очагов эндометриоза (особенно если радикальное иссечение не было выполнено по какой-либо причине) в качестве альтернативы хирургическому лечению при аденомиозе и миоме матки, нестабильной функциональной активности яичников с образованием функциональных кист и апоплексией, а также при таких состояниях, как межменструальные боли и первичная дисменорея, и в качестве эмпирического лечения болевых симптомов, предположительно связанных с эндометриозом или с синдромом остатков яичниковой ткани, применяются оральные контрацептивы, антигонадотропины (дановал или его аналоги), агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, гестагены (диенгест, неместран) [7].

Подбор препарата осуществляется, начиная с наименее агрессивных, строго индивидуально, с учетом возможных побочных эффектов. В частности, терапию дановалом или его аналогами нельзя рекомендовать пациенткам с заболеваниями пищеварительной системы и гиперандрогенией, а агонисты гонадотропин-рилизинг гормона следует с осторожностью назначать больным с нарушениями функционального состояния ЦНС и вегетативной регуляции, которые, часто являясь компонентом болевого синдрома, могут усугубляться на фоне приема препаратов этой группы.

Крайне важна роль патогенетической лекарственной терапии, направленной на компенсацию недостаточности антиноцептивной системы при хронических болях: анальгетики, анестетики, антидепрессанты и седативные или анксиолитические препараты. При этой лекарственной терапии важны: регулярный прием (курсами по 3–6 мес в течение 5–7 дней каждый месяц); применение сильнейшего препарата при острой боли, а при хронической, напротив, начало лечения с назначения наиболее мягкого препарата.

Особое место в терапии тазовых болей отводится нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП). Результат периферического и центрального действия современных НПВП состоит в снижении уровня простагландинов. Кроме того, применение НПВП патогенетически обосновано в лечении ряда гинекологических заболеваний (эндометриоза, миомы матки и др.), так как они подавляют синтез простагландинов, факторов роста, ангиогенеза, других факторов инвазии. Эффективность НПВП при альгодисменорее обусловлена их способностью снижать гипоксию, сократительную активность, спазм миометрия и его

сосудов. Преимущества современных НПВП, таких как нимесулид и декскетопрофен, перед другими НПВП состоят в скорости наступления обезболивающего эффекта и менее выраженных побочных действиях [3]. Декскетопрофен препятствует также формированию «болевого памяти» и хронизации болей. Наличие разнообразных фармацевтических форм этих препаратов (гранулированной для немесулида, таблетированной и инъекционной – для декскетопрофена) дает возможность использовать их как изолированно, так и в разных комбинациях друг с другом и другими анальгетиками для терапии острой боли, в том числе – послеоперационной, для «упреждающей» аналгезии перед операцией и курсовой терапии хронической тазовой боли. Комбинация НПВП с опиоидными анальгетиками, применение которых в неонкологической гинекологической практике ограничено главным образом послеоперационным периодом, позволяет снизить дозы последних на 20–60%.

Для снятия боли, обусловленной спазмом мышц при мышечно-тонических и миофасциальных синдромах, применяют миорелаксанты и антиконвульсанты, при лечении нейрогенных болевых синдромов – блокаторы кальциевых и натриевых каналов (антиаритмики и антигипертензивные препараты) как средства, подавляющие патологическую активность периферических пейсмекеров и агрегатов гипервозбудимых нейронов и стабилизирующие оболочку нерва, спазмолитики – при лечении спастических болей, в том числе при дисменорее и синдроме раздраженного кишечника. Местное введение кортикостероидов и анестетиков рекомендуется при периферических нейрогенных болях, для блокады нервных сплетений, инактивации триггерных точек при миофасциальных болевых синдромах, для инстилляций при интерстициальном цистите. Нейроаблационные или нейrolитические процедуры, которые могут выполняться в амбулаторных условиях, представляют собой медикаментозные методы прекращения проведения ноциогенных импульсов по нервным проводникам, для чего применяют спирт, фенол или гипертонический раствор.

Наиболее сложной задачей при лечении больных с тазовыми болями является воздействие на факторы, способствующие хронизации болевого синдрома (это в первую очередь – нарушения деятельности вегетативной нервной системы и психоэмоциональные расстройства). Для компенсации дисфункции вегетативной нервной системы могут использоваться симпатолитические или холинолитические средства, а также нейропротекторы и антиоксиданты, многие из которых оказывают, не являясь психотропными препаратами, анксиолитическое действие.

При неврастении, а также при коморбидных неврозах тревожного типа оправдан выбор антидепрессантов в качестве основного средства терапии. На начальном этапе лечения акцентуированных или психопатических личностей, а также страдающих истерическими расстройствами, более приемлема нейрелептики и транквилизаторы/анксиолитики. Следует иметь в виду, что назначение психофармацевтических средств в настоящее время является прерогативой исключительно сертифицированных психиатров после соответствующего консультирования больных.

Подбор анальгетической и седативной терапии должен быть строго обоснован патогенетическим вариантом и взвешенной оценкой компонентов болевого синдрома, к которой при необходимости следует привлекать невропатолога, психоневролога и по показаниям – психиатра.

Физиотерапевтическая реабилитация. Для активации структур антиноцицептивной системы, осуществляющих контроль за проведением ноцицептивной импульсации в ЦНС, сегодня широко используется целый спектр немедикаментозных средств. С учетом гетерогенности структур и механизмов, участвующих в формировании болевого синдрома, лечебными физическими факторами предлагается воздействовать на разных уровнях: периферическом (ноцицепторы и механорецепторы кожи и скелетных мышц), спинальном (задние рога спинного мозга), супраспинальном (гигантоклеточные ядра ретикулярной формации и таламуса), корковом (соматосенсорная кора). На периферическом уровне с целью блокады импульсации по ноцицептивным волокнам используют холодовые и тепловые факторы (в том числе ультразвук), миопунктуру, триггер-пойнт-терапию, остеомиофасциальную акупунктуру, импульсные токи, низкочастотные синусоидальные модулированные и интерференционные токи, электрическое поле УВЧ, СВЧ-терапию, инфракрасное облучение, лазеротерапию, гальванизацию, электрофорез йода и анальгетиков.

Для реализации аналгезирующего эффекта на сегментарном уровне осуществляется воздействие на биологически активные точки и зоны, области сегментарно-метамерной иннервации, триггерные точки и соответствующие дерматомы диадинамическими токами, короткоимпульсной электроаналгезией, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), а также низкочастотными токами, акупунктурой, излучением лазера, нейромышечной стимуляцией, глубоким ударным массажем и спрей-растяжением.

На уровне надсегментарной антиноцицептивной системы воздействие на структуры, формирующие эмоциональные, сосудистые, вегетативные

и тканевые компоненты ноцицептивных реакций, осуществляется с помощью транскраниальной электроаналгезии, электросонотерапии и некоторых бальнеологических факторов (йодо-бром, радон).

В последнее время все более широкое развитие и применение в лечении разнообразных болевых синдромов получают терапия, основанная на обеспечении биологической обратной связи – (*biofeedback*), а также специальные лечебно-физкультурные комплексы.

Включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий патогенетически обоснованной физиотерапии способствует профилактике формирования синдрома ХТБ и благотворно сказывается на результатах лечения гинекологических больных с ХТБ.

Психологическая реабилитация. Психологическое консультирование и реабилитация – обязательная составляющая программы ведения больных с тазовыми болями. Подробные разъяснительные беседы в дружелюбной атмосфере с больной и ее родственниками о причинах и механизмах развития болевого процесса, возможных вариантах лечения и перспективах течения заболевания, поощрение критической оценки больной своего состояния, создание адекватного и оптимистического настроения женщины на лечение в любом варианте, демонстрация интереса к другим сферам жизни пациентки, партнерский подход к принятию решений составляют суть рациональной (разговорной) психотерапии, которую должен проводить врач-гинеколог одновременно с консультированием по поводу основного заболевания. Недопустимы бездоказательная констатация психогенного происхождения болей и отказ в связи с этим в помощи, или, напротив, возложение ответственности за боли целиком на обнаруженную анатомическую патологию и императивная рекомендация хирургического вмешательства, особенно радикального, или лекарственной терапии. Следует уведомлять пациентку о возможной персистенции болей после любого варианта лечения и создать настрой на продолжение лечения другими методами в случае неполной эффективности терапии. Если это возможно и целесообразно, следует предложить больной альтернативные опции лечения и информировать о всех возможных вариантах течения заболевания. В любом случае больная должна сама сделать информированный выбор, а задача врача – помочь ей в том, чтобы выбор оказался правильным.

При тяжелых психоэмоциональных расстройствах к психологической коррекции/реабилитации следует привлекать психологов или психотерапевтов.

Литература

1. Дубинская Е., Гаспаров А. и др. Тазовая боль – возможности симптоматического лечения. *Врач.* 2010;7: 30–33.
2. Козлов В.А., Шакмаков А.А., Якушев А.М. и др. Трансвагинальная криоденервация матки – новый эффективный метод лечения хронической тазовой боли. *Вестн. Уральской медицинской академической науки.* 2011; 1 (33): 82–4.
3. Макаров О.В., Хашукоева А.З., Зайцев А.В. и др. Эндоскопические методы визуализации в комплексной диагностике синдрома хронических тазовых болей у женщин. *Лечащий врач.* 2011; 11: 36–9.
4. Резниченко Г.И., Потебня В.Ю., Плотнокова В.М. и др. Применение нимесила в лечении женщин с синдромом хронической тазовой боли при гинекологической патологии. *Здоровье женщины.* 2013; 9 (85): 103–6.
5. Сафиуллина Г.И., Исхакова А.Ш. Медико-социальные аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. *Общественное здоровье и здравоохранение.* 2014; 1: 60–5.
6. Шварц П.Г., Горячев Ф.К., Гурьев М.Н. и др. Дифференциальный диагноз психосоматического компонента «синдрома хронической тазовой боли». *Справочник врача общей практики.* 2013; 5: 12–21.
7. Чайка В.А., Носенко Е.Н., Оразов М.Р. Современные подходы к комбинированной терапии хронической тазовой боли у женщин с аденомиозом. *Здоровье женщины.* 2014; 3 (89): 52–4.
8. Шелковникова Н.В., Лушникова Е.Л., Пичигина А.К. и др. Структурно-функциональные основы синдрома хронической тазовой боли при сочетанном хроническом цистите и аденомиозе. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* 2014; 158 (12): 704–9.
9. Яковлева Э.Б., Бабенко О.М., Бугаев А.Б. Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли. *Медицина неотложных состояний.* 2014; 2 (57): 134–9.
10. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли у женщин: вопросы диагностики и лечения. *Consilium Medicum.* 2016; 18 (6): 82–7.
11. Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. Genital and sexual pain in women. *Handb Clin. Neurol.* 2015; 130: 395–412.
12. Merskey H., Bogduk N. editors. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition. Updates: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>

CAUSES OF PELVIC PAINS IN WOMEN

E.L. Yarotskaya, MD

Acad. V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

The paper presents the frequency and classification of pelvic pains in women, etiological factors, and current concepts of the pathogenesis of chronic pelvic pain syndrome. It highlights the current approach to management tactics for these patients.

Key words: pelvic pains, chronic pelvic pain syndrome.