

Эпидемиологические аспекты синдрома хронической тазовой боли при генитальном эндометриозе (обзор литературы)

Е.В. Жигалова, А.И. Федорова, Б.И. Асланов

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова
Минздрава России
195067, г. Санкт-Петербург, пр. Пискаревский, 47*

Резюме

Эндометриоз относится к числу распространенных и малоизученных заболеваний женщин во всем мире. Более чем столетняя история изучения эндометриоза не дает в настоящее время однозначных ответов о причинах, факторах риска, этиологии и методах его лечения. Хроническая тазовая боль как один из основных симптомов эндометриоза является причиной не только физических страданий, но и негативного изменения психического статуса женщин, ухудшения качества их жизни. Соматоориентированные методики лечения болевого синдрома при данном заболевании часто оказываются малоэффективными. Взаимосвязь психосоматических компонентов (депрессия, тревога, невротизм) и хронической тазовой боли, несмотря на очевидность, остается недооцененной и не всегда учитывается в медицинской теории и практике. В настоящем литературном обзоре отражены основные эпидемиологические характеристики хронического болевого синдрома при генитальном эндометриозе у женщин, с эпидемиологической точки зрения рассмотрены основные подходы современной медицинской науки к определению факторов риска его возникновения и развития, показана перспективная роль междисциплинарного (биопсихосоциального) подхода в диагностике и лечении таких пациенток, необходимость дальнейшего исследования и применения на практике комплексных методов лечения хронического болевого синдрома при генитальном эндометриозе.

Ключевые слова: эпидемиология, хроническая тазовая боль, генитальный эндометриоз, психогенные факторы риска, биопсихосоциальный подход.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Жигалова Е.В., e-mail: zhigalova1979@gmail.com

Для цитирования: Жигалова Е.В., Федорова А.И., Асланов Б.И. Эпидемиологические аспекты синдрома хронической тазовой боли при генитальном эндометриозе (обзор литературы). *Сибирский научный медицинский журнал*. 2024;44(3):6–15. doi: 10.18699/SSMJ20240301

Epidemiological aspects of chronic pelvic pain syndrome in genital endometriosis (review article)

E.V. Zhigalova, A.I. Fedorova, B.I. Aslanov

*I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of Minzdrav of Russia
195067, Saint-Petersburg, Piskarevsky ave., 47*

Abstract

Endometriosis is one of the most common and understudied diseases in women all over the world. The more than a century-old history of endometriosis research does not currently provide unambiguous answers about the causes, risk factors, etiology and methods of its treatment. Chronic pelvic pain as one of the main symptoms of endometriosis is the cause of not only physical suffering, but also a negative change in the mental status of women, deterioration of their quality of life. Body-oriented methods of treating the disease often turn out to be ineffective. The relationship between psychosomatic components (depression, anxiety, neuroticism) and chronic pelvic pain, despite the evidence, remains underestimated and is not always considered in medical theory and practice. This review article reflects the main epidemiological characteristics of chronic pain syndrome in genital endometriosis in women, from an epidemiological point of view, the main approaches of modern medical science to determining risk factors for its occurrence and

development are considered. The promising role of an interdisciplinary (biopsychosocial) approach in the diagnosis and treatment of such patients, the need for further research and practical application of complex methods of treatment of chronic pain syndrome in genital endometriosis are shown.

Key words: epidemiology, chronic pelvic pain, genital endometriosis, psychogenic risk factors, biopsychosocial approach.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Correspondence author: Zhigalova E.V., e-mail: zhigalova1979@gmail.com

Citation: Zhigalova E.V., Fedorova A.I., Aslanov B.I. Epidemiological aspects of chronic pelvic pain syndrome in genital endometriosis (review article). *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2024;44(3):6–15. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20240301

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является одной из актуальных проблем современной медицины в связи с его высокой распространенностью и значительным влиянием на качество жизни женщин. В среднем в мире по данным ВОЗ СХТБ наблюдают у 15 % женщин репродуктивного возраста [1]. В различных странах распространенность СХТБ варьирует от 14 до 32 % [2], в Российской Федерации она составляет от 4 до 25 % [3].

В литературе последних десятилетий значительное внимание в различных областях медицинской науки (акушерство и гинекология, психиатрия, сексология, урология, неврология и др.) уделяется исследованию СХТБ. До настоящего времени из-за сложной этиологии болевого синдрома среди исследователей не сложилось единого мнения, в чем же заключается сущность СХТБ. Международная ассоциация по изучению боли (International Association for the Study of Pain, IASP) с 2019 г. определяет ее как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или потенциальным повреждением тканей или схожее с таковым переживание» [4].

В МКБ-10 выделена отдельная категория «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом» (Класс XIV, N94), включающая боли в середине менструального цикла, дисменорею, диспареунию, синдром предменструального напряжения, вагинизм, другие уточненные и неуточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом [5]. Отдельной категории СХТБ нет, данное состояние может шифроваться как «Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом» (N94.8).

В МКБ-11 (официально вступила в силу с 01.01.2022) тазовой боли уделено значительно больше внимания. Она фигурирует как «Женская тазовая боль» (GA34.2) в разделе «Болезни женской половой системы». Также в МКБ-11 выделена новая самостоятельная нозология «Хрони-

ческий болевой синдром» (MG30) с уточняющим диагнозом «Хроническая нейропатическая боль» (MG30.5). Под термином «хроническая нейропатическая боль» понимают хроническую боль, вызванную поражением или заболеванием соматосенсорной нервной системы. Отмечается, что боль может быть спонтанной или вызванной как усиленная реакция на болевой раздражитель (гипералгезия), болезненная реакция на обычно безболезненный раздражитель (аллодиния). Введение данной нозологии отражает понимание того, что хронические болевые синдромы, в том числе СХТБ, имеют многофакторный патогенез и могут быть не связаны непосредственно с ноцицептивными сигналами от «больного» органа или области. МКБ-11 вводит такие параметры, как оценка тяжести боли, ее временные характеристики, сопутствующие состояния, психические и социальные факторы, участвующие в ее развитии [6].

ХТБ является наиболее частым проявлением генитального эндометриоза (ГЭ), который, в свою очередь, давно признан основным гинекологическим фактором СХТБ. Так, частота встречаемости тазовой боли при ГЭ составляет от 65 до 80 % [7]. Актуальность проблемы ГЭ (а также связанного с ним СХТБ) в значительной степени определяется широкой распространенностью заболевания и тенденцией роста в последние десятилетия. По данным ВОЗ, ГЭ наблюдается более чем у 190 млн женщин по всему миру (10 % женщин репродуктивного возраста) [8], будучи вторым по распространенности гинекологическим заболеванием, частота его встречаемости постоянно увеличивается. Эпидемиологические оценки роста ежегодной заболеваемости ГЭ до сих пор остаются дискуссионными в связи с отсутствием точной статистики; согласно популяционным исследованиям последних лет он составляет 0,1–0,3 % [9]. В соответствии с официальной статистикой, за период с 1999 по 2009 г. заболеваемость ГЭ в России увеличилась на 72,9 % [10]. В 2013–2017 гг. прирост заболеваемости ГЭ составил по федеральным округам: в Центральном – 5,44 %, в Северо-Западном – 84,42 %, в

Южном – 19,68 %, в Северо-Кавказском – 0,92 %, в Приволжском – 3,6 %, в Уральском – 28,6 %, в Сибирском – 6,5 %, в Дальневосточном – 8,9 % [11].

Достоверная оценка частоты встречаемости ГЭ затруднена из-за частого отсутствия симптомов заболевания и разнообразия мнений исследователей. В разных исследованиях данные о распространенности ГЭ отличаются в 30–40 раз [12]. По мнению ряда авторов, частота ГЭ у женщин репродуктивного возраста составляет от 10 до 15 %, у женщин с тазовой болью и/или бесплодием – 35–50 %. [13]. Другие исследования оценивают распространенность этого заболевания в 18 % во всем мире, 17 % в Европе, 19 % в Америке, 26 % в Африке и 36 % в Азии [14].

90–99 % больных ГЭ составляют женщины репродуктивного возраста (25–45 лет) [15, 16]. Согласно данным Международной ассоциации эндометриоза, происходит процесс омоложения заболевания. Примерно 50 % пациенток испытывали симптомы ГЭ в возрасте 24 лет, 21 % – до 15 лет, 17 % – между 15-ю и 19-ю годами [17]. ГЭ в настоящее время является актуальной проблемой общественного здоровья. При своей широкой распространенности и тенденции к росту частоты встречаемости он затрагивает практически все сферы жизнедеятельности женщины: экономическую, социальную, семейную, сексуальную. Результатом является значительное снижение качества жизни, являющегося неотъемлемой частью современного понимания здоровья.

В последнее время наблюдается увеличение интереса исследователей к термину «качество жизни» и рост числа публикаций о качестве жизни пациенток с различными формами ГЭ [18–22]. В исследовании Л.В. Адамян и соавт. выявлены принципиально важные аспекты влияния заболевания на социальные параметры: трудовую деятельность, образование, трудоспособность, отношения с окружающими, семейные отношения, которые являются составляющими качества жизни. Авторы показали, что женщины с болевой формой ГЭ чаще, чем женщины с безболевым вариантом ГЭ, отмечали «снижение социальной активности, ухудшение семейных взаимоотношений и заниженную самооценку. Недовольство трудовой и профессиональной деятельностью испытывали 44,9 % женщин. На изменения семейных взаимоотношений с отрицательной динамикой указывали 59,4 % женщин. Значительные изменения в сторону негативного восприятия окружающего мира на фоне появления и прогрессирования болевого синдрома при ГЭ отмечали 47,8 % женщин» [23].

ХТБ пациенток с ГЭ зачастую связана с когнитивными, эмоциональными, психосоциальными и поведенческими негативными факторами, что неизбежно приводит к существенному снижению качества жизни, социальной активности, работоспособности, нарушению естественного благополучия женщин и значительному снижению репродуктивного поведения. В этой связи лечение СХТБ при ГЭ все более осознается обществом не только как серьезная медицинская, но и как социальная проблема, от решения которой зависит его демографическое благополучие.

ГЭ определяется как патологический процесс, «при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию» [24]. Он имеет сложный и до настоящего времени не до конца раскрытый этиопатогенез. Происхождение ГЭ пытаются объяснить более 10 теорий, однако ни одна из них не отражает в полной мере всех сложных процессов в его развитии и прогрессировании. [25]. Еще больше сложностей и неясностей возникает при выяснении этиопатогенеза СХТБ при ГЭ. Согласно современным представлениям, хроническая боль любой этиологии является результатом активного взаимодействия биологических, психических и социальных факторов. В определении хронической боли в соответствии с формулировкой Международной ассоциации по изучению боли позиционируется важность психоэмоциональных факторов не только в ее поддержании, прогрессировании, но и в развитии. В связи с этим важно рассмотреть комплекс факторов, влияющих на развитие и хронизацию СХТБ при ГЭ. Их знание необходимо для проведения терапевтических и профилактических мероприятий.

Несмотря на высокую распространенность ГЭ среди женщин репродуктивного возраста, большое число исследований, факторы риска его развития и развития СХТБ остаются недостаточно изученными и нечетко сформулированными. По мнению большинства исследователей, причины развития СХТБ при ГЭ условно можно разделить на гинекологические и внегинекологические (как соматические, неврологические, так и психические).

Среди основных гинекологических причин СХТБ, имеющих значение при ГЭ, многочисленные авторы выделяют воспалительные и рубцово-спаечные процессы, поражение структуры нервов вследствие глубокой инвазии эндометриоидных имплантатов, развитием собственной их иннервации, возрастание уровня провоспалительных медиаторов – простагландинов, цитокинов и фак-

торов роста нервов [26–28]. Помимо этого указывают на роль длительных и нерегулярных менструальных кровотечений, предменструального синдрома, дисменореи [27]. Эпидемиологическое исследование ВОЗ о распространенности СХТБ в мире по результатам 40 исследований с репрезентативными группами участниц показало, что частота дисменореи в различных странах составляла от 16,8 до 81 %, диспареунии – от 8 до 21,8 %, нециклической тазовой боли – от 2,1 до 24 % [25]. L.C. Ven-Meir et al. отмечают, что 90 % пациенток с ГЭ предъявляют жалобы на дисменорею [7]. ГЭ признан заболеванием, часто сочетающимся с бесплодием. На сегодняшний день отсутствует тенденция к снижению распространенности эндометриоз-ассоциированного бесплодия. По одним из последних данных, 25–50 % женщин с бесплодием имеют ГЭ, а 30–50 % женщин с ГЭ бесплодны [29]; комбинация СХТБ и бесплодия в 84 % случаев обусловлены эндометриозом [30].

Исследователи также выделяют ряд соматических причин, связанных с СХТБ, не имеющих непосредственного отношения к гинекологической сфере, но, возможно, существующих на фоне ГЭ и отягощающих болевой синдром или являющихся его непосредственной причиной: рецидивирующий интерстициальный цистит, синдром раздраженной толстой кишки, хроническое воспалительное заболевание кишечника, варикозное расширение вен малого таза, синдром миофасциальных болей [26]. В гинекологической практике акцент делается на соматических факторах ГЭ, определяющих развитие хронической боли, при этом психосоматический фактор болей практически не исследуется. Однако доказано, что ГЭ имеет существенную зависимость от психосоматических и социальных факторов, что требует дополнительных исследований для понимания взаимозависимости различных факторов, участвующих в его развитии.

Ряд авторов утверждает, что ГЭ является системным заболеванием, поскольку у страдающих им пациенток кроме гинекологических проблем наблюдается высокая распространенность психических особенностей, а само «заболевание создает самоподдерживающиеся механизмы прогрессирования заболевания, которые взаимодействуют друг с другом, частично приводя к симптомам, которые сохраняются даже после обширного удаления ткани эндометрия» [31].

В последнее время большое внимание уделяют рассмотрению СХТБ как хронической нейропатической боли, которая выделена в МКБ-11 в качестве новой самостоятельной нозологии. Указывается, что она обусловлена не столько ноцицептивными стимулами от органов малого таза,

скольким поражением соматосенсорной нервной системы на всем ее протяжении с нарушением мозговой обработки стимулов. Многочисленные авторы пишут о частом несоответствии интенсивности СХТБ клиническим проявлениям ГЭ. Он может быть выражен при минимально распространенном поверхностном наружном ГЭ и отсутствовать при его глубокой инфильтративной форме. Также исследования показывают, что даже после хирургического иссечения очагов у значительного числа пациенток боли либо не прекращаются, либо довольно быстро возвращаются без каких-либо морфологических изменений и даже на фоне стандартной терапии гестагенами и агонистами гонадолиберина (а это стандартная терапия, направленная на болевой синдром, входящая в клинические рекомендации). Систематический обзор 2020 г. (38 исследований, оценивающих результаты хирургического лечения эндометриоза) сообщает о сохранении боли, ее рецидиве или необходимости в дальнейшем хирургическом вмешательстве приблизительно у 1/3 больных [32].

Все эти данные определили усиленное внимание исследователей к состоянию нервной системы пациенток с СХТБ, их психическому и психологическому состоянию. Соотношение соматических и психических факторов, участвующих в формировании СХТБ при ГЭ, стало активно изучаться относительно недавно. Анализ 3549 публикаций по проблематике взаимосвязи СХТБ и ГЭ за последние пять лет (по электронным ресурсам eLIBRARY, Cyberleninka, PubMed и др.) показал небольшое количество статей, посвященных факторам риска СХТБ при ГЭ (263 публикации); в 57 работах охарактеризованы психические факторы СХТБ при ГЭ.

На наш взгляд, с точки зрения методологии анализа данной проблемы все исследования условно можно разделить на моно- и междисциплинарные (биопсихосоциальные). Большинство исследователей в области психиатрии сходятся во мнении о том, что СХТБ имеет взаимосвязь с психическими расстройствами [33, 34]. Так, у 20–40 % пациентов, которые обращаются к психиатрам, выявляются хронические болевые патологии [35], а частота депрессии и тревожных расстройств среди женщин с СХТБ, в том числе при ГЭ, находится в диапазоне от 40 до 90 % [36–39]. Следует заметить, что в настоящее время роль психосоматических компонентов в возникновении и хронизации СХТБ не определена. С одной стороны, известно, что депрессия и тревога являются факторами риска развития ХТБ и что СХТБ способствует развитию депрессии и тревоги. Современные теории указывают на общие механизмы мозга, которые могли бы объяснить

двунаправленную связь между СХТБ, тревогой и депрессией [34]. С другой стороны, психопатологические реакции при ГЭ, ассоциированном с СХТБ, по большей части трактуются исследователями как вторичные, усугубляющие субъективное ощущение боли, сопровождающиеся вегетативной дисфункцией и приводящие к социальной и семейной дизадаптации пациенток [40].

Важность интрапсихических (внутриличностных) причин и психогенных механизмов в возникновении СХТБ при различных вариантах эндометриоза отмечают И.Р. Айриянц и соавт. К интрапсихическим причинам боли они относят психозы, депрессию, тревожные особенности (черты) личности, а «психогенными факторами могут быть физический ущерб, такой как физическое или сексуальное насилие, эмоциональная депривация, например, у детей из детских домов или имеющих матерей с тяжелой депрессией». Особое внимание исследователи уделяют взаимосвязи хронической боли со стилем родительского воспитания: «раннее “отлучение от матери”» (воспитание в яслях с 7–8 месяцев), раннее отделение от родителей с воспитанием и проживанием у бабушки и других родственников (52 %), с формированием амбивалентного отношения к родителям, при высоком уровне зависимости от матерей». Задержки полового созревания авторы выявили у 48 % женщин с СХТБ [41]. По данным V.M. Siqueira-Campos et al. [42], женщины с СХТБ чаще воспитывались в условиях низкого уровня материнской заботы (60,7 %), который был связан у них с более высокой тревожностью (79,7 %) и депрессией (73,2 %). Авторы также выявили у женщин связь СХТБ с неблагоприятными детскими переживаниями, такими как физическое и эмоциональное насилие.

По мнению некоторых исследователей, особенности течения СХТБ, а также отношение к лечению в значительной степени определяются личностными особенностями пациенток. Большинство авторов утверждают, что женщины с болевой формой ГЭ характеризуются психологическим напряжением в характере, связанным с болезнью и невозможностью реализовать себя как личность, эмоциональной неустойчивостью, низкой самооценкой, высокой личностной тревожностью, искаженной или незрелой полоролевой идентичностью. Оценивая стиль межличностных отношений и поведения, они отмечали преобладание черт пассивности, зависимости, альтруистичности и ответственности [43]. В восприятии болевого синдрома основной акцент ставился на выраженности и аффективной стороне боли, а интенсивность болевого синдрома коррелировала с заниженной самооценкой, уменьше-

нием социабельности, социальной закрытостью, социальным избеганием [43, 44]. В данной группе заслуживают внимания работы по созданию психологического профиля женщин с ХТБ [40, 45]. Наиболее изученной чертой личности при хронической боли является невротизм, при различных типах СХТБ его уровень зачастую повышен. Другие исследования предполагают, что невротизм может быть причинным фактором хронической боли и модератором болевых ощущений. Так, в работе J. Soriano et al. [46] отмечается, что невротизм, экстраверсия и, в меньшей степени, добросовестность являются основными аспектами с точки зрения прогнозирования ХТБ пациенток, определяющими качество их жизни.

В ряде исследований последних лет предпринимаются попытки анализа психосоматических компонентов СХТБ с позиций мультидисциплинарности. Так, О.И. Загорулько и соавт. разделили предикторы СХТБ на несколько категорий: немодифицируемые характеристики, индивидуальные психические особенности, социальные факторы, сопутствующие заболевания. К немодифицируемым факторам, повышающим риск СХТБ, отнесли женский пол и возраст 30–50 лет. При анализе психических особенностей авторы обнаружили корреляцию СХТБ с эмоциональной лабильностью, тревогой, депрессией и катастрофизацией боли. При исследовании социальных факторов оказалось затруднительным выделить достоверные взаимосвязи, но показано, что большинство из них влияют на восприятие и хронизацию боли опосредованно и во взаимосвязи с другими факторами. Среди сопутствующих болевых синдромов особенно значимыми предикторами СХТБ явились синдром раздраженного кишечника, первичная дисменорея и интерстициальный цистит [47, 48].

Многочисленные авторы указывают на высокую частоту сочетания СХТБ с различными сексуальными расстройствами; так, сексуальные дисфункции наблюдаются у 48 % женщин, страдающих СХТБ, а в общей популяции встречаются только в 6,5 % случаев [49]. И.Ю. Щеглова [50] отмечает различные сексуальные расстройства у 68 % пациенток с СХТБ, в том числе коиталгии (44 %), снижение генитальной реакции (52 %), гиполибидемию (сниженное половое влечение) (38 %). Интересно заметить, что в 35 % случаев сексуальные нарушения у пациенток с СХТБ предшествовали развитию тазовых болей. Эти данные позволяют предположить, что сексуальные расстройства могут быть не только следствием СХТБ, но и ее предикторами.

Диспареуния, наиболее частая сексуальная дисфункция при СХТБ, отмечается у 76 % паци-

енток с ГЭ [7]. А.И. Федорова, предлагая концептуальную модель патогенетических механизмов развития психосоматической формы глубокой диспареунии на основе биопсихосоциального подхода, описывает как биологические, так и социально-психологические предрасполагающие факторы, включающиеся в патогенез болевого синдрома. Среди биологических факторов автор отмечает «длительную стойкость либо устойчивую периодичность болей, возможность структурных изменений гениталий, трактуемых как следствие дистрофических и застойных процессов, характерную динамику развития диспареунии с изначальным преобладанием астеновегетативных расстройств и постепенным увеличением соматического компонента расстройства болевого синдрома». К социально-психологическим предикторам относит «эмоционально отстраненные и неоднозначные отношения в родительской семье, материнское эмоционально отвергающее воспитание или, наоборот, гиперопекающее, чрезмерно ограничивающее, формирующее так называемую «психосоматическую структуру личности», сенситивные и психастенические черты личности, алекситимию, насыщенный болевой анамнез жизни, связанный с половой сферой». А.И. Федорова также указывает, что боли, связанные с половой жизнью, в значительной степени могут быть обусловлены нарушениями психосоматического развития (задержками и асинхрониями), закрытостью семейной атмосферы для сексуальных аспектов жизни, конституциональной уязвимостью сексуального функционирования. При психосоматической диспареунии в 68,3 % случаев просматривалась связь развития болей со стрессовыми ситуациями и психотравмирующими переживаниями [51–53].

В литературе нередко встречаются указания на связь психотравмирующих переживаний с развитием СХТБ и сексуальными дисфункциями, в первую очередь диспареунией. Особое место среди психотравм занимают пережитые попытки или реализованное сексуальное насилие [33, 41]. И.Р. Айрянц и соавт. [41] отмечали его у 12,5 % женщин с СХТБ. Авторы также относят к психотравмам перенесенные заболевания, передающиеся половым путем (у 25 %).

Анализ литературных данных свидетельствует, что СХТБ при ГЭ широко распространен и приводит к значительному снижению качества жизни женщин, их общего самочувствия, активности и настроения. Нарушения психоэмоционального статуса связаны с постоянным дискомфортом и чрезмерным вниманием к боли, что становится доминантой в жизни женщин с болевой формой ГЭ, также как и их неспособность решать обыч-

ные семейные, профессиональные и связанные с социумом задачи.

Большинство исследований свидетельствует о тесной взаимосвязи СХТБ с психической патологией (депрессивными, соматоформными, ипохондрическими расстройствами), психологическими личностными особенностями и социальными факторами. Многофакторный генез и полиморфная клиническая картина СХТБ при ГЭ делают необходимым биопсихосоциальный подход к его рассмотрению. Он предусматривает восприятие организма человека в качестве единого целого, все функциональные системы которого находятся между собой в тесной органической взаимосвязи.

Повышение эффективности терапии, сокращение сроков лечения, восстановление качества жизни, трудоспособности и семейного благополучия женщин с СХТБ при ГЭ требуют внедрения и оптимизации междисциплинарных подходов и взаимодействий [54, 55]. Эффективные междисциплинарные программы лечения СХТБ при ГЭ должны включать сочетание хирургических, медикаментозных, психофармакологических и психотерапевтических лечебных стратегий. Ни один отдельно применяющийся метод не сравним по эффективности с междисциплинарным, комплексным подходом. Такая форма оказания помощи доказала свою медицинскую состоятельность в нашей стране и в большинстве развитых стран мира.

Психосоматические механизмы развития заболевания диктуют необходимость консультаций и лечения у команды специалистов, включающей гинеколога, психотерапевта (психиатра), сексолога, невролога и психолога. Данный подход связан с определенными трудностями. Не решен целый ряд организационных вопросов. Как создать команду? Как обеспечить эффективное взаимодействие между специалистами с различной профессиональной подготовкой? Оптимальным могло бы быть создание специализированных психосоматических отделений или центров лечения СХТБ. Психосоматическая помощь должна быть интегрирована в биомедицинское диагностирование и терапию ГЭ.

Список литературы / References

1. Abstracts from the International Pelvic Pain Society annual scientific meeting on pelvic pain 2021. *Pain Rep.* 2022;7(3):e1002. doi: 10.1097/PR9.0000000000001002
2. Lamvu G., Carrillo J., Ouyang C., Rapkin A.. Chronic pelvic pain in women: a review. *JAMA.* 2021;325(23):2381–2391. doi: 10.1001/jama.2021.2631

3. Гинекология: национальное руководство. Ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2020. 1008 с.
Gynecology: National leadership. Eds. G.M. Savel'eva, G.T. Sukhikh, V.N. Serov, V.E. Radzinskii, I.B. Manukhin. Moscow: GOETAR-Media, 2020. 1008 p. [In Russian].
4. Raja S.N., Carr D.B., Cohen M., Finnerup N.B., Flor H., Gibson S., Keefe F.J., Mogil J.S., Ringkamp M., Sluka K.A., ... Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
5. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision. (1990). Available at: <https://www.icd.who.int/browse10/2019/en>.
6. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 11th Revision. (2019). Available at: <https://www.icd.who.int/browse11/l-m/en>.
7. Cohen Ben-Meir L., Soriano D., Zajicek M., Yulzari V., Bouaziz J., Beer-Gabel M., Eisenberg V.H. The association between gastrointestinal symptoms and transvaginal ultrasound findings in women referred for endometriosis evaluation: a prospective pilot study. *Ultraschall Med*. 2022;43(5): e81–e89. doi: 10.1055/a-1300-1887
8. World Health Organization. Endometriosis. Available at: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/endometriosis>.
9. Kristjansdottir A., Rafnsson V., Geirsson R.T. Comprehensive evaluation of the incidence and prevalence of surgically diagnosed pelvic endometriosis in a complete population. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2023;102(10):1329–1337. doi: 10.1111/aogs.14556
10. Кузнецова Д.Е. Оптимизация лечения синдрома хронической тазовой боли у женщин с наружным генитальным эндометриозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2019.
Kuznetsova D.E. Optimization of chronic pelvic pain syndrome treatment in women with external genital endometriosis: abstract of thesis ... cand. med. sciences. Krasnoyarsk, 2019. [In Russian].
11. Шишкина А.А., Шитова М.С., Чагаева Н.В. Сравнительный анализ заболеваемости эндометриозом в отдельных субъектах Российской Федерации за 2013–2017 гг. *Психология. Спорт. Здравоохранение*: сб. ст. Междунар. науч. конф., Санкт-Петербург, 29 декабря 2019 г. СПб.: Нацразвитие, 2020. С. 29–30.
Shishkina A.A., Shitova M.S., Chagaeva N.V. Comparative analysis of the incidence of endometriosis in selected regions of the Russian Federation for 2013–2017. *Psychology. Sport. Healthcare*: coll. articles Intern. scientific conf., Saint-Petersburg, December 29, 2019. Saint-Petersburg: National Development, 2020. P. 29–30. [In Russian].
12. Герасимов А.М., Малышкина А.И., Кулигина М.В., Красильникова А.К., Полумисков Д.М., Абдуллаева Л.Х., Фадеева Е.В., Двойнова И.Ю. Частота встречаемости и структура наружного генитального эндометриоза у госпитализированных больных. *Гинекология*. 2021;23(2):184–189. doi: 10.26442/20795696.2021.2.200783
Gerasimov A.M., Malyshkina A.I., Kuligina M.V., Krasil'nikova A.K., Polumiskov D.M., Abdullaeva L.Kh., Fadeeva E.V., Dvoynova I.Yu. Incidence rate and structure of external genital endometriosis in hospital patients. *Ginekologiya = Gynecology*. 2021;23(2):184–189. [In Russian]. doi: 10.26442/20795696.2021.2.200783
13. Smolarz B., Szyłło K., Romanowicz H. Endometriosis: epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *Int. J. Mol. Sci*. 2021;22(19):10554. doi: 10.3390/ijms221910554
14. Moradi Y., Shams-Beyranvand M., Khateri S., Gharahjeh S., Tehrani S., Varse F., Tiyuri A., Najmi Z. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J. Med. Res*. 2021;154(3):446–454. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_817_18
15. Сахаутдинова И.В., Хамадьянова А.У., Гимазетдинова Л.Р., Баширова Э.Р., Фаткуллин Б.С., Хамидуллина Р.Р. Патофизиологические аспекты болевого синдрома при эндометриозе. *Гинекология*. 2022;24(1):18–23. doi: 10.26442/20795696.2022.1.201361
Sakhautdinova I.V., Khamad'yanova A.U., Gimazetdinova L.R., Bashirova E.R., Fatkullin B.S., Khamidullina R.R. Pathophysiological aspects of pain syndrome in endometriosis: a review. *Ginekologiya = Gynecology*. 2022;24(1):18–23. [In Russian]. doi: 10.26442/20795696.2022.1.201361
16. Eisenberg V.H., Weil C., Chodick G., Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG*. 2018;125(1):55–62. doi: 10.1111/1471-0528.14711
17. Маржевская А.М., Рищук С.В., Гусев С.Н., Татарова Н.А. Репродуктивные нарушения у больных эндометриозом: этиология, патогенез, возможности коррекции. *Бюл. Оренбург. науч. центра УрО РАН*. 2014;(3):1.
Marzhevskaya A.M., Rishchuk S.V., Gusev S.N., Tatarova N.A. Reproductive disorders in patients endometriosis: etiology, pathogenesis, the possibility of correction. *Byulleten' Orenburgskogo nauchnogo tsentra UrO RAN = Bulletin of the Orenburg Scientific Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences*. 2014;(3):1. [In Russian].
18. Бегович Е., Солопова А.Г., Хлопкова С.В., Сон Е.А., Идрисова Л.Э. Качество жизни и особенности психоэмоционального статуса больных наружным генитальным эндометриозом. *Аку-*

- шерство, гинекол. и репрод. 2022;16(2):122–133. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.283
- Begovich E., Solopova A.G., Khlopkova S.V., Son E.A., Idrisova L.E. Quality of life and features of psychoemotional status of patients with external genital endometriosis. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2022;16(2):122–133. [In Russian]. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.283
19. Кузнецова Д.Е., Прокопенко С.В., Макаренко Т.А. Особенности вегетативного статуса и качество жизни женщин с наружным генитальным эндометриозом и синдромом хронической тазовой боли. *Ж. акушерства и жен. болезней*. 2019;68(4):5–12. doi: 10.17816/JOWD6845-12
- Kuznetsova D.E., Prokopenko S.V., Makarenko T.A. Features of vegetative status and quality of life in patients with external genital endometriosis and chronic pelvic pain syndrome. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney = Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2019;68(4):5–12. [In Russian]. doi: 10.17816/JOWD6845-12
20. Bień A., Rzońca E., Zarajczyk M., Wilkosz K., Wdowiak A., Iwanowicz-Palus G. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Qual. Life Res*. 2020;29(10):2669–2677. doi: 10.1007/s11136-020-02515-4
21. Olliges E., Bobinger A., Weber A., Hoffmann V., Schmitz T., Popovici R.M., Meissner K. The physical, psychological, and social day-to-day experience of women living with endometriosis compared to healthy age-matched controls—a mixed-methods study. *Front. Glob. Womens Health*. 2021;2:767114. doi: 10.3389/fgwh.2021.767114
22. Thammasiri C., Amnatbuddee S., Sothornwit J., Temtanakitpaisan T., Buppasiri P. A cross-sectional study on the quality of life in women with endometrioma. *Int. J. Womens Health*. 2022;14:9–14. doi: 10.2147/IJWH.S341603
23. Адамян Л.В., Гарданова Ж.Р., Яроцкая Е.Л., Овакимян А.С., Козаченко И.Ф. Особенности болевого синдрома, психоэмоционального состояния и качества жизни женщин с наружным генитальным эндометриозом. *Пробл. репродукции*. 2016;22(3):77–83. doi: 10.17116/repro201622377-83
- Adamyan L.V., Gardanova Zh.R., Yarotskaya E.L., Ovakimyan A.S., Kozachenko I.F. The characteristics of pain syndrome and the women's psycho-emotional status as well as life quality in women with external genital endometriosis. *Problemy reproduksii = Russian Journal of Human Reproduction*. 2016;22(3):77–83. [In Russian]. doi: 10.17116/repro201622377-83
24. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Эндометриоз и его глобальное влияние на организм женщины. *Пробл. репродукции*. 2022;28(1):54–64. doi: 10.17116/repro20222801154
- Adamyan L.V., Andreeva E.N. Endometriosis and its global impact on a woman's body. *Problemy reproduksii = Russian Journal of Human Reproduction*. 2022;28(1):54–64. [In Russian]. doi: 10.17116/repro20222801154
25. Lamceva J., Uljanovs R., Strumfa I. The main theories on the pathogenesis of endometriosis. *Int. J. Mol. Sci*. 2023;24(5):4254. doi: 10.3390/ijms24054254
26. Morotti M., Vincent K., Becker C.M. Mechanisms of pain in endometriosis. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2017;209:8–13. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.07.497
27. Хроническая тазовая боль. Версии, контрверсии и перспективы. Ред. В.Е. Радзинский, М.Р. Оразов. М.: Медиабюро Статус Презенс, 2022. 120 с.
- Chronic pelvic pain. Versions, counterversions and perspectives. Eds. V.E. Radzinskii, M.R. Orazov. Moscow: Media Bureau Status Presence, 2022. 120 p. [In Russian].
28. Федорова А.И., Выходцев С.В., Трегубенко И.А. Патогенетические особенности психосоматических расстройств урогенитальной сферы мужчин и женщин. *Психиатрия*. 2022;20(S3):112–113.
- Fedorova A.I., Vykhodtsev S.V., Tregubenko I.A. Pathogenetic features of psychosomatic disorders of the urogenital sphere of men and women. *Psikhiatriya = Psychiatry*. 2022;20(S3):112–113. [In Russian].
29. Tomassetti C., Bafort C., Meuleman C., Welkenhuysen M., Fieuws S., d'Hooghe T. Reproducibility of the endometriosis fertility index: a prospective inter-/intra-rater agreement study. *BJOG: BJOG*. 2020;127(1):107–114. doi: 10.1111/1471-0528.15880
30. Кузнецова И.В. Хроническая тазовая боль – женская проблема. *Гинекология*. 2017;19(3):62–67.
- Kuznetsova I.V. Chronic pelvic pain as a female problem. *Ginekologiya = Gynecology*. 2017;19(3):62–67. [In Russian].
31. van Stein K., Schubert K., Ditzen B., Weise C. Understanding psychological symptoms of endometriosis from a research domain criteria perspective. *J. Clin. Med*. 2023;12(12):4056. doi: 10.3390/jcm12124056
32. Singh S.S., Gude K., Perdeaux E., Gattrell W.T., Becker C.M. Surgical outcomes in patients with endometriosis: a systematic review. *J. Obstet. Gynaecol. Can*. 2020;42(7):881–888.e11. doi: 10.1016/j.jogc.2019.08.004
33. Speer L.M., Mushkbar S., Erbele T. Chronic pelvic pain in women. *Am. Fam. Physician*. 2016;93(5):380–387.
34. Hooten W.M. Chronic pain and mental health disorders: shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment. *Mayo Clin. Proc*. 2016;91(7):955–970. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.029
35. Benjamin S. Psychological treatment of chronic pain: a selective review. *J. Psychosom. Res*. 1989;33(2):121–131. doi: 10.1016/0022-3999(89)90039-1

36. Былым Г.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В. Психологические аспекты тазовой боли в гинекологии. *Вестн. гигиены и эпидемиол.* 2022;26(3):249–252.

Bylym G.V., Noskova O.V., Litvinova E.V. Psychological aspects of pelvic pain in gynecology. *Vestnik gigieny i epidemiologii = Bulletin of Hygiene and Epidemiology.* 2022;26(3):249–252. [In Russian].

37. Адамян Л.В., Гарданова Ж.Р., Яроцкая Е.Л., Овакимян А.С., Козаченко И.Ф. Эффективность комплексного подхода к лечению болевого синдрома и психоэмоциональных нарушений у женщин с наружным генитальным эндометриозом. *Пробл. репродукции.* 2016;22(2):85–93. doi: 10.17116/repro201622285-93

Adamyan L.V., Gardanova Zh.R., Yarotskaya E.L., Ovakimyan A.S., Kozachenko I.F. Effectiveness of an integrated approach to the treatment of pain syndrome and psychoemotional disorders in women with external genital endometriosis. *Problemy reproduksii = Russian Journal of Human Reproduction.* 2016;22(2):85–93. [In Russian]. doi: 10.17116/repro201622285-93

38. Brasil D.L., Montagna E., Trevisan C.M., La Rosa V.L., Laganà A.S., Barbosa C.P., Bianco B., Zaia V. Psychological stress levels in women with endometriosis: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Minerva Med.* 2020;111(1):90–102. doi: 10.23736/S0026-4806.19.06350-X

39. Sullivan-Myers C., Sherman K.A., Beath A.P., Cooper M.J.W., Duckworth T.J. Body image, self-compassion, and sexual distress in individuals living with endometriosis. *J. Psychosom. Res.* 2023;167:111197. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111197

40. Magariños López M., Lobato Rodríguez M.J., Menéndez García Á., García-Cid S., Royuela A., Pereira A. Psychological profile in women with chronic pelvic pain. *J. Clin. Med.* 2022;11(21):6345. doi: 10.3390/jcm11216345

41. Айриянц И.Р., Ягубов М.И. Клинико-психопатологические особенности и терапия диспареунии у женщин. *Лечащий врач.* 2015;(10):30–35.

Airyants I.R., Yagubov M.I. Clinical and psychopathological features and therapy of dyspareunia in women. *Lechashchiy vrach = Therapist.* 2015;(10):30–35. [In Russian].

42. Siqueira-Campos V.M., Fernandes L.J.H., de Deus J.M., Conde D.M. Parenting styles, mental health, and catastrophizing in women with chronic pelvic pain: a case-control study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19(20):13347. doi: 10.3390/ijerph192013347

43. Петрова Е.А., Череповская В.А., Пахомова Ф.В., Круглов С.Ю., Белоногова В.В., Исаева Е.Р., Беженарь В.Ф. Эмоциональные и личностные особенности восприятия боли у женщин при эндометриозе. *Учен. зап. Первого СПбГМУ.* 2019;26(2):62–68. doi: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-62-68

Petrova E.A., Cherepovskaya V.A., Pakhomova F.V., Kruglov S.Yu., Belonogova V.V., Isaeva E.R., Bezhenar' V.F. Emotional and personal traits of perception of pain in women in endometriosis. *Uchenyye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika Ivana Petrovicha Pavlova = The Scientific Notes of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University.* 2019;26(2):62–68. [In Russian]. doi: 10.24884/1607-4181-2019-26-2-62-68

44. Кочарян А.С., Макаренко А.А., Дин Шiao Цзе. Психологические особенности женщин с гинекологической патологией. *Перспект. науки образ.* 2015;(5):88–92.

Kocharyan A.S., Makarenko A.A., Din Shao Tsze. Psychological features of women with gynecological pathology. *Perspektivy nauki i obrazovaniya = Perspectives of science and education.* 2015;(5): 88–92. [In Russian].

45. Bryant C., Cockburn R., Plante A.F., Chia A. The psychological profile of women presenting to a multidisciplinary clinic for chronic pelvic pain: high levels of psychological dysfunction and implications for practice. *J. Pain. Res.* 2016;9:1049–1056. doi: 10.2147/JPR.S115065

46. Soriano J., Monsalve V., Gómez-Carretero P., Ibañez E. Vulnerable personality profile in patients with chronic pain: relationship with coping, quality of life and adaptation to disease. *Int. J. Psychol. Res.* 2012;5(1):42–51. doi: 10.21500/20112084.748

47. Загорюлько О.И., Медведева Л.А., Кукушкин М.Л. Междисциплинарный подход в изучении и лечении боли. *Рос. ж. боли.* 2021;19(2):42–46. doi: 10.17116/pain20211902142

Zagorul'ko O.I., Medvedeva L.A., Kukushkin M.L. Interdisciplinary approach in the study and treatment of pain. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian Journal of Pain.* 2021;19(2):42–46. [In Russian]. doi: 10.17116/pain20211902142

48. Загорюлько О.И., Медведева Л.А., Дракина О.В., Логинова О.И. Предикторы формирования хронической тазовой боли в женской популяции. *Рос. ж. боли.* 2023;21(2):58–65. doi: 10.17116/pain20232102158

Zagorul'ko O.I., Medvedeva L.A., Drakina O.V., Loginova O.I. Predictors of chronic pelvic pain in female population. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian Journal of Pain.* 2023;21(2):58–65. [In Russian]. doi: 10.17116/pain20232102158

49. Dix C. Acute and chronic pelvic pain. In: *OB/GYN Secrets.* Eds. H.L. Frederickson, L. Wilkins-Haug. Philadelphia: Hanley&Belfus, 1997. P. 67–71.

50. Щеглова И.Ю. Пограничные психические расстройства у пациенток с хронической тазовой болью: клиника, диагностика и лечение: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2005.

Shcheglova I.Yu. Borderline mental disorders in patients with chronic pelvic pain: clinic, diagnosis and

treatment: abstract of thesis... doct. med. sci. Saint-Petersburg, 2005. [In Russian].

51. Федорова А.И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2007.

Fedorova A.I. Dysparania: pathogenesis, diagnosis, treatment: abstract of thesis... doct. med. sci. Saint-Petersburg, 2007. [In Russian].

52. Федорова А.И. Клинико-патогенетические варианты психогенной диспарейнии: теоретическое обоснование. (Сообщение II). *Обзорение психиатрии и мед. психол.* 2007;(4):18–23.

Fedorova A.I. Clinical and pathogenetic variants of psychogenic dysparia: theoretical justification. (Message II). *Obzreniye psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology.* 2007;(4):18–23. [In Russian].

53. Федорова А.И., Новиков Е.И. Диспарейния: этиопатогенетический подход к диагностике. *Ж. акушерства и жен. болезней.* 2007;56(2):48–54.

Fedorova A.I., Novikov E.I. Dysparnia: etiopathogenetic approach to diagnosis. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney = Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2007;56(2):48–54. [In Russian].

54. Siqueira-Campos V.M., de Deus M.S.C., Poli-Neto O.B., Rosa-E-Silva J.C., de Deus J.M., Conde D.M. Current challenges in the management of chronic pelvic pain in women: from bench to bedside. *Int. J. Womens Health.* 2022;14:225–244. doi: 10.2147/IJWH.S224891

55. Singh M.K. Chronic pelvic pain in women. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/258334-overview?form=fpf#showall>

Сведения об авторах:

Жигалова Елена Владимировна, ORCID: 0009-0003-9552-7787, e-mail: zhigalova1979@gmail.com

Федорова Анна Игоревна, д.м.н., ORCID: 0000-0002-8657-5002, e-mail: feanna@inbox.ru

Асланов Батырбек Исмелович, д.м.н., ORCID: 0000-0002-6890-8096, e-mail: batyra@mail.ru

Information about the authors:

Elena V. Zhigalova, ORCID: 0009-0003-9552-7787, e-mail: zhigalova1979@gmail.com

Anna I. Fedorova, doctor of medical sciences, ORCID: 0000-0002-8657-5002, e-mail: feanna@inbox.ru

Batyrbek I. Aslanov, doctor of medical sciences, ORCID: 0000-0002-6890-8096, e-mail: batyra@mail.ru

Поступила в редакцию 28.11.2023

После доработки 22.01.2024

Принята к публикации 27.02.2024

Received 28.11.2023

Revision received 22.01.2024

Accepted 27.02.2024