

Междисциплинарный подход в менеджменте хронической тазовой боли у женщин

С.И. Жук¹, О.А. Гордийчук²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

²Винницкий Национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

В данном обзоре освещается взгляд на проблему синдрома хронической тазовой боли акушера-гинеколога и невролога. Показана необходимость междисциплинарного подхода на разных этапах оказания медицинской помощи женщинам с данным синдромом (от профилактики и диагностики до лечения и создания менеджмента длительного медицинского наблюдения за такими пациентками). Приведены существующие противоречия в этом вопросе и подчеркнута необходимость создания единой классификации и выработки индивидуальных подходов в диагностике и лечении.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, синдром хронической тазовой боли, междисциплинарный подход.

В современном мире на фоне значительных открытий в медицине еще остаются вопросы, которые требуют глубокого изучения, например хроническая тазовая боль. Это заболевание является серьезным состоянием и требует междисциплинарного подхода, так как до конца еще не изучены этиология, патофизиологические механизмы ее развития и клинические проявления. Необходимо отметить, что, к сожалению, не всегда бывает эффективной терапия.

Хроническая тазовая боль наиболее распространена среди женщин в репродуктивный период, особенно в возрасте 26–30 лет [12].

Хроническая тазовая боль для женщин – это состояние, которое значительно влияет на качество жизни, создает семейные проблемы, может приводить к потере работы и инвалидности, а также может сопровождаться пожизненным лечением. Именно поэтому Международная ассоциация по изучению боли (International Association of Study of Pain – IASP) дала определение боли как «неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или возможным повреждением тканей». Пациентки с хронической тазовой болью могут предъявлять преувеличенные жалобы на болевые ощущения, и эти пациентки всегда должны восприниматься специалистами всерьез, им должна быть оказана своевременная помощь. У этих женщин необходимо всегда уточнять психологический анамнез, так как психологические нарушения могут быть не следствием, а причиной формирования болевого синдрома. Так, почти половина женщин, страдающих хронической болью в области малого таза, имели сексуальную, физическую или эмоциональную травму, а около одной трети имеют признаки посттравматического стрессового расстройства [13].

Эпидемиологическая и статистическая оценка данного состояния также затруднена, несмотря на множество публикаций, посвященных патологиям органов малого таза, которые сопровождаются болевым синдромом. Это связано с тем, что отсутствует единое определение и классификация боли в области малого таза [6]. Отсутствует не только единая классификация хронического болевого синдрома, но и единое топическое определение самого феномена «тазовая боль». Например, по определению клиники Мауо: «тазовая боль – это боль в самой нижней части живота и в области таза» [8].

Тазовая боль, согласно классификатору МКБ-10, относится к классу XVIII («Симптомы, признаки и отклонения

от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках») в блоке R10–R20 (боль в области таза и промежности; боль, локализованная в других областях нижней части живота). Отдельно дополнительно выделяют в рубрику (Класс XIV, N 94) хроническую тазовую боль у женщин (хроническая тазовая боль, которая связана с менструальным циклом, органами репродуктивной системы, с овуляцией, диспареунией, синдром предменструального напряжения, вагинизм и др.). Также в разделе психической патологии МКБ-10 в рубрике F45 («Соматоформные расстройства») выделяют «стойкое соматоформное болевое расстройство» (F45.4), которое также характеризуется «стойкой тяжелой болью, наблюдаемой практически ежедневно в течение не менее 6 мес, которая не может быть адекватно объяснена каким-либо физиологическим процессом или физическим недугом» [5].

Итак, выделяют острую и хроническую тазовую боль. В основе такого разделения лежит не сила болевых ощущений, а их продолжительность. Хроническая тазовая боль (ХТБ), по определению IASP, Американского колледжа акушеров-гинекологов (ACOG), – это доброкачественная постоянная или периодически повторяющаяся в течение 6 мес боль в области органов, которые расположены в полости таза, достаточно выраженная, что может привести к ограничению трудоспособности и требует медицинской помощи.

Для практических врачей, с одной стороны, более понятно выделение двух вариантов ХТБ:

- когда четко прослеживается связь между ХТБ и гинекологической, урологической и другой органической патологией (по определению IASP, это тазовая боль, которая связана с конкретным заболеванием);

- когда невозможно определить данную взаимосвязь (синдром ХТБ).

А с другой стороны, синдром ХТБ – это диагноз исключения, и чаще всего причина остается неизвестной (даже в случае исключения герпетической инфекции). Поэтому в этих случаях синдром ХТБ часто связывают с понятием «неспецифической боли в спине» (так как иннервация органов малого таза осуществляется нервами и сплетениями спинного мозга). В гинекологии и урологии ее аналогия – «неспецифическая хроническая тазовая боль», когда не определен пораженный орган.

Данная ситуация самая сложная, так как соматическая патология исключена, а неврологическая требует дальнейшего подтверждения. Зачастую эти пациентки попадают вначале к мануальному терапевту, вертебрологу и в последнюю очередь – к неврологу или вообще остаются без специализированной медицинской помощи. У данных пациенток диагноз звучит как «синдром тазового дна», «кокцигодия» с приоритетом «вертеброгенной» этиологии заболевания. Это, как правило, могут быть начальные проявления миогенной (миофасциальной) боли с последующим формированием центральной сенситизации, что еще больше затрудняет поиск первичной причины формирования боли и объясняет ее длительное наличие [9].

Учитывая особенности иннервации органов малого таза, очень трудно определить источник формирования болевых ощущений. Органы малого таза и мышцы тазового дна, под-

держивающие органы малого таза, иннервируются аналогично и контролируются нейронами, которые расположены на уровне спинного мозга и ствола головного мозга. Поэтому импульсы чрезмерной ноцицептивной афферентации приводят к повышению возбудимости сегментарных структур спинного мозга. Формируется порочный замкнутый круг за счет еще большего повышения уровня возбуждения в сегментарных звеньях рефлекторной дуги, которая непосредственно участвует в регуляции мышечного тонуса. Известно, что большинство мышц тазового дна не адаптировано к функционированию в условиях длительного тонического напряжения. Как следствие, в мышечной ткани накапливается молочная кислота и другие недоокисленные продукты метаболизма, которые и являются причиной развития болевых ощущений. Различные формы повышенного тонуса мышц тазового дна и/или близлежащих мышечных образований могут быть источником формирования тазовой боли, объясняя иррадиацию ее в органы малого таза: в прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище. И наоборот, патологическая импульсация от органов малого таза может приводить к вторичному повышению тонуса мышц тазового дна с дальнейшим развитием описанных выше патофизиологических механизмов. Длительно продолжающийся гипертонус мышечно-связочного аппарата таза вызывает не только боль, но и провоцирует также функциональные блокады крестцово-подвздошных сочленений. Данный вид блокад очень часто сопровождается болью, формируя дополнительные звенья порочного круга. Практически при любом гинекологическом заболевании происхождение боли будет мультифакториальным (причина боли – одновременное влияние нескольких раздражителей), а выделить один ведущий фактор практически невозможно. Это связано с тем, что рецепторное поле со временем расширяется и развиваются аллодиния (когда воспринимаются неболевые стимулы как болевые), нейрогенное воспаление в зонах идентичной иннервации, отраженная гипералгезия незаинтересованных органов. Как пример данного состояния – это триада: дисменорея–синдром раздраженного кишечника–интерстициальный цистит.

При исчезновении органического очага боли и первичной патологической импульсации боль становится хронической, так как не достаточна активность «тормозных влияний» нисходящих симпатических путей (от периакведуктальных ядер), которые проецируют сигнал на вставочные нейроны заднего рога спинного мозга и к таламусу. Поэтому при синдроме СХТБ очень трудно определить, какой фактор был источником болевых ощущений [1].

Когда речь идет о синдроме ХТБ, то есть без четкого понимания органической природы ее возникновения, некоторые эксперты предложили выделять не «неспецифическую боль в спине», а болевые синдромы, связанные с органами, где боль больше выражена (например, вульварный болевой синдром, синдром раздраженной кишки, интерстициальный цистит – женский уретральный синдром), или с заболеваниями, на фоне которых они развились (например, болевой синдром, ассоциированный с эндометриозом, спайки в полости таза) [5, 11, 17].

Однако, опять возвращаясь к особенностям симпатической, парасимпатической и вегетативной иннервации органов малого таза, не всегда орган, где боль проецируется больше всего, является истинным ее источником. Отсутствие органической патологии как источника боли на данный момент не исключает, что его не было раньше до момента обследования женщины, просто речь уже идет о ее центральной сенситизации и формировании очага боли в центральной нервной системе.

Итак, по данным Международной ассоциации хронической тазовой боли, выделяют 6 признаков, которые ее характеризуют:

1. Длительность болевого синдрома ≥ 6 мес.
2. Низкая эффективность терапии.
3. Несоответствие выраженности боли по ощущениям пациента выраженности повреждения ткани.
4. Наличие признаков депрессивного расстройства.
5. Прогрессирующее ограничение физической активности.
6. Наличие поведенческих расстройств.

Основными причинами ХТБ могут быть гинекологические, урологические, нервно-мышечные, со стороны пищеварительного тракта. Очень часто у одного пациента могут быть множественные факторы.

Гинекологические причины:

- эндометриоз
- спаечная болезнь
- гидросальпинкс
- прогрессирующая внематочная беременность
- хламидийный эндометрит или сальпингит
- овуляторная боль или дисфункция яичников
- варикозная болезнь или синдром венозной конгестии
- послеоперационные перитонеальные кисты
- подострый сальпингоофорит
- туберкулезный сальпингит и др.

Репродуктивные нарушения:

- аденомиоз
- хронический эндометрит
- дисменорея
- цервикальный стеноз
- полипы эндометрия или шейки матки
- лейомиома
- пролапс половых органов
- внутриматочное противозачаточное устройство.

Урологические расстройства включают:

- новообразования мочевого пузыря
- хроническую инфекцию мочевых путей
- интерстициальный цистит
- рецидивирующий цистит и уретрит
- мочекаменную болезнь
- непроизвольные сокращения мочевого пузыря (детрузор-сфинктерная диссинергия)
- уретральный дивертикул
- хронический уретральный синдром.

Скелетно-мышечные нарушения:

- миофасциальная боль в брюшной стенке (триггерные точки)
- компрессионные переломы позвонков
- патологические искривления позвоночника
- фибромиалгии
- механическая боль в пояснице
- хроническая копчиковая боль
- мышечные травмы и растяжения
- спазм *levator ani*
- компрессионно-ишемические туннельные невропатии
- повреждение сухожилий
- грыжи.

Желудочно-кишечные расстройства включают:

- карциному толстой кишки
- непроходимость кишечника
- колит
- хронический запор
- дивертикул
- воспалительное заболевание кишечника
- синдром раздраженной толстой кишки.

Неврологические нарушения:

- невралгии, поражения кожного нерва
- опоясывающий лишай
- дегенеративные заболевания суставов
- межпозвоночные грыжи

- спондилез
- абдоминальная эпилепсия
- брюшная мигрень
- неоплазия спинного мозга или са-
крального нерва.

Психологические и другие расстройства:

- нарушения личности
- депрессия
- нарушения сна
- сексуальное и / или физическое на-
силие.

Женщины с ХТБ могут испытывать разные симптомы (спастическая боль, жгущая или боль, как при ударе током, боль, меняющаяся при менструации, боль с императивными позывами, изменения боли не связаны с менструальным циклом). Эти симптомы могут быть связаны или не связаны с основным заболеванием. Симптомы, которые могут свидетельствовать о системном заболевании, могут быть следующими: посткоитальное или постменопаузальное кровотечения, необъяснимая потеря массы тела, опухолевидное образование в малом тазе и гематурия [9].

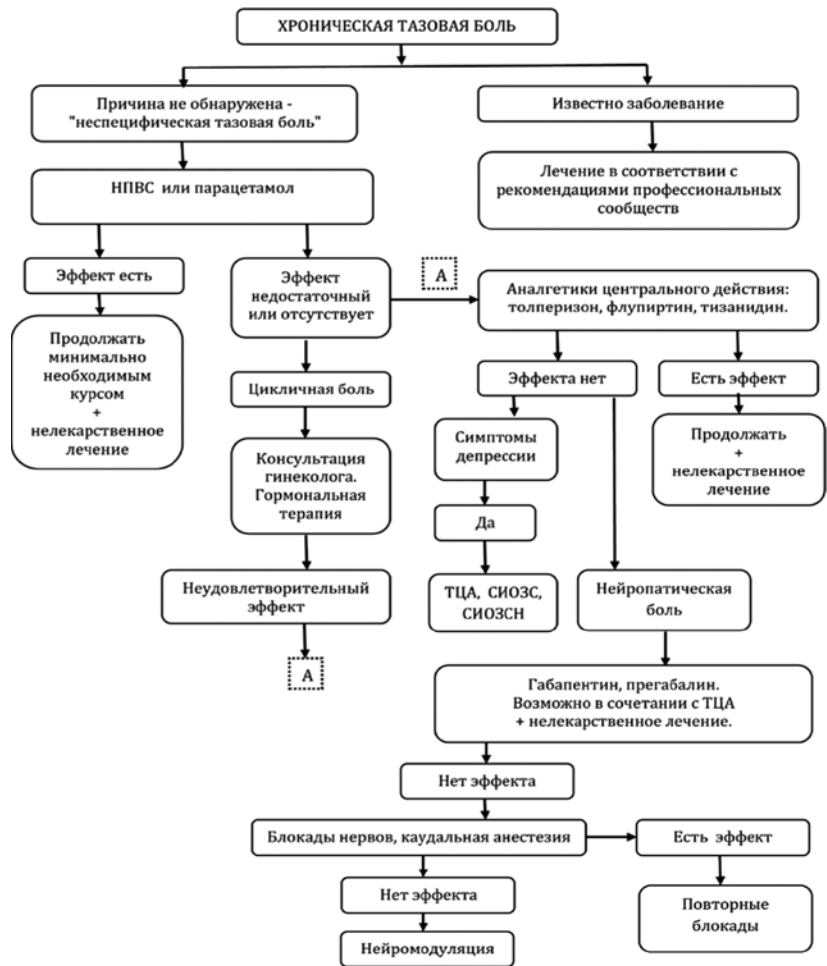
Диагностика при ХТБ заключается в поиске причины болевого синдрома, поэтому включает все методы диагностики, которые используются в урологии, гинекологии, гастроэнтерологии (включая лапароскопические и другие методы инвазивной диагностики).

Высокую информативность и низкую стоимость, в сравнении с другими методами, имеет трансвагинальное ультразвуковое сканирование. В более сложных случаях диагностического поиска используется МРТ. Применение и выбор инвазивных методов диагностики, как правило, это совместное решение врачей разных специальностей в ситуациях, когда первые этапы поиска не позволяют определиться с истинной причиной ХТБ.

Определенные трудности существуют при диагностике патологии мышечно-связочного аппарата (не только органов малого таза, но и живота, спины) [3]. В этой ситуации обязательно необходима консультация врача-невролога. Однако гинекологи, хирурги и урологи также должны иметь четкое представление о локализации триггерных зон и паттернов отраженной боли, так как они это могут проверить при ректальном и/или вагинальном обследовании. Наличие отраженной боли от миогенной триггерной зоны расценивается как признак центральной сенситизации. Это особенно важно для выбора метода лечения и прогнозирования его результата. При центральной сенситизации, как правило, отмечается низкая эффективность анальгетиков преимущественно периферического действия (нестероидные противовоспалительные препараты), а ожидается высокая эффективность препаратов центрального действия.

Также специалисты должны понимать и дифференцировать висцеральную и соматическую боль, выяснять психосоциальный анамнез, чтобы определиться с выбором препаратов для лечения.

Обязательно рекомендуется женщинам с хронической тазовой болью (для уточнения характера боли и ее влияния



НПВС – нестероидные противовоспалительные средства, ТЦА – трициклические антидепрессанты, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.
Нелекарственное лечение: мануальная терапия, рефлексотерапия, физиотерапия, поведенческая терапия.

Алгоритм лечения хронической тазовой боли или синдрома хронической тазовой боли (Р.Г. Есин, А.И. Федоренко, Е.А. Горобец, 2017)

на жизнь) вести дневник боли: отмечаются дни боли, ее интенсивность по визуальной аналоговой шкале, локализация, ассоциированные факторы (например, менструация, функция кишечника/мочевого пузыря, коитус, физическая активность), применение анальгетиков [9]. Перед тем как заполнять данный дневник, пациенткам следует рассказать, какими словами необходимо описывать боль (слова-дескрипторы и фразы-дескрипторы). Это связано с тем, что многие женщины не могут точно описать боль, так как не знают, как ее охарактеризовать и путают или объединяют понятия, а также есть определенная часть женщин, которые не могут описать боль из-за алекситимических черт характера (затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей). Алекситимические черты характера имеют от 5 до 23% здорового взрослого населения, однако выделяют еще и алекситимичных пациентов [4, 10]. Это можно сделать только при междисциплинарном подходе и направлении к профильному специалисту. Врач, проводящий диагностику, должен учитывать, что алекситимия рассматривается как фактор, predisposing к развитию соматических заболеваний [15, 16], многие из которых мани-

фестируют через боль, преимущественно хроническую и не поддающуюся стандартной терапии.

Понятно, что, учитывая междисциплинарные подходы в диагностике ХТБ или синдрома ХТБ, принципы менеджмента данных состояний также базируются на этой концепции. Прежде всего необходимо добиться максимального улучшения качества жизни пациенток. Этого можно достичь не только участием врачей разных специальностей, но прежде всего должно присутствовать желание и понимание самой пациентки о выбранных методах лечения. Восстановление гармонизации личности и психического здоровья – это важный компонент в лечении. Вроде бы простые советы: заняться спортом, йогой, найти хобби, однако они очень часто помогают улучшить состояние этих пациенток. Сочетание когнитивной психотерапии и физиотерапии (соматоккогнитивная терапия) – один из обнадеживающих методов в лечении. Цель этого метода – повысить осведомленность о собственном теле, разработать стратегии преодоления и самостоятельно устранить мышечную боль. Когнитивно-поведенческая терапия способствует снижению стресса, болевых ощущений и улучшению двигательных функций [9].

Так как лечение хронической боли в области таза имеет ограниченные доказательства (из-за отсутствия единого консенсуса в классификации и определении, а также зачастую в существовании проблемы в выявлении первичного источника болевых ощущений), чаще всего оно направлено только на уменьшение степени выраженности симптомов (рисунок).

Несмотря на то что любое выявленное соматическое заболевание лечится, все же не всегда это приводит к уменьшению боли после устранения первичного очага ее формирования. Это связано с ее централизацией. Поэтому пациентам надо объяснять и настраивать на длительные протоколы лечения, чтобы отсутствовали необоснованные ожидания. Нестероидные противовоспалительные препараты (в качестве монотерапии) обладают очень часто малой эффективностью при ХТБ, однако их назначение *ex juvantibus* коротким курсом позволит оценить актуальность периферического фактора (тканевого воспаления). Наличие центральной сенситизации (как маркеры: гипералгезия, аллодиния, длительная и др. постстимуляционная боль) – показания для назначения анальгетиков центрального действия (миорелаксантов: толперизон, флупиртин, тизанидин). В случае эффективности данных групп препаратов возможен пролонгированный прием в соответствии с рекомендациями производителя. При наличии симптомов невропатической боли эффективны трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина или антиконвульсанты (например габапентин, прегабалин), хотя данные об их эффективности при лечении ХТБ ограничены [7].

Необходимо отметить, что, по результатам одного из исследований, габапентин в качестве монотерапии или в со-

четании с amitриптилином более эффективен, чем сам amitриптин [14].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина эффективны при наличии коморбидной депрессии. Назначение местных анестетиков уменьшает боль при блокаде периферических нервов либо при проведении центральной блокады (сакральной). Особенностью местных анестетиков при коротком периоде полужизни является пролонгированный анальгетический эффект, иногда длящийся до нескольких дней и недель. Когда неэффективны препараты и блокады, можно применить метод нейромодуляции (стимуляция периферических нервов или спинного мозга с помощью специального оборудования). Однако этот метод ограничен из-за высокой цены и отсутствия оборудования [2].

При наличии циклической боли целесообразна консультация гинеколога для решения вопроса о гормональной терапии. При эндометриозе могут применяться внутриматочная система с левоноргестрелом, диеногестом, комбинированные контрацептивы с диеногестом, при нарушении менструального цикла – КОК с дезогестрелом, при гиперандрогенных состояниях – КОК с дроспиреноном или хлормадинона ацетатом. Индивидуально решается вопрос консервативных или инвазивных методов лечения ХТБ в результате варикозного расширения вен малого таза или венозной конгестии.

Синдром хронической боли – это следствие сложных аномальных физиологических взаимодействий между болевыми импульсами (соматическими и висцеральными), дисфункцией нервной системы, а также нарушениями психики, семейных и социальных взаимоотношений. Интенсивность ХТБ не всегда определяет степень тяжести этого состояния на данный момент времени и может привести к значительным страданиям в будущем. Поэтому любая ХТБ требует междисциплинарного, индивидуального, персонализированного подхода.

Многие гинекологические заболевания порой не нуждаются в активной тактике ведения, однако когда эти состояния сопровождаются сильной болью, это уже может быть показанием к более активному лечению. Менеджмент лечения ХТБ у женщин на сегодня не определен, и он включает комбинирование различных методов лечения – от консервативных до радикальной хирургии и психотропных препаратов.

Многие вопросы были бы решены, если бы удалось выделить группы и факторы риска по развитию синдрома ХТБ. Однако это пока невозможно, так как незначительные оперативные вмешательства и невыраженный спаечный процесс в малом тазе могут вызывать значительные болевые реакции и наоборот. Поэтому необходимо продолжать поиск и формирование единой стратегии в подходе к лечению ХТБ, усовершенствования хирургические, консервативные, физиотерапевтические методы лечения.

Міждисциплінарний підхід у менеджменті хронічного тазового болю у жінок
S.I. Zhuk, O.O. Gordiychuk

У даному огляді висвітлюється погляд на проблему синдрому хронічного тазового болю акушера-гінеколога і невролога. Показана необхідність міждисциплінарного підходу на різних етапах надання медичної допомоги жінкам з даним синдромом (від профілактики та діагностики до лікування і створення менеджменту тривалого медичного спостереження за такими пацієнтками). Наведено існуючі протиріччя в цьому питанні і наголошено на необхідності створення єдиної класифікації і вироблення індивідуальних підходів у діагностиці та лікуванні.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, синдром хронічного тазового болю, міждисциплінарний підхід.

Interdisciplinary approach in management of women's chronic pelvic pain
S.I. Zhuk, O.A. Gordiychuk

This review represents a look at the problem of chronic pelvic pain syndrome of obstetrician-gynecologist and neurologist. The necessity of an interdisciplinary approach at different stages of medical care for these women is shown in the review (from prevention and diagnosis to treatment and the establishment of a long-term medical supervision of these patients). The existing contradictions in this issue are shown and the necessity of creating a single classification and elaborating individual approaches to treatment is underlined.

Key words: chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome, interdisciplinary approach.

Жук Светлана Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: Zhuksvitlana@ukr.net

Гордийчук Ольга Александровна – Кафедра нервных болезней Винницкого Национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, 21000, г. Винница, ул. Пирогова, 56

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баринов А.Н., Сергиенко Д.А. Феномен тазовой боли глазами невролога // Журнал «Нервные болезни». – 2015. – № 2.
2. Есин Р.Г., Есин О.Р., Горобец Е.А., Лотфуллина Н.З., Палехов А.В., Введенская Е.С. Боль в шее, боль в спине: базовые принципы диагностики и терапии: монография /под общ. ред. Р.Г. Есина. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2016. – 400 с.
3. Извозчиков С.Б., Камчатнов П.Р., Селицкий Г.В., Каприн А.Д. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему // Клиницист. – 2011. – Т. 5, № 2. – С. 62–67.
4. Ковалева Ю.А., Горобец Е.А. Особенности вербализации болевых ощущений у пациентов с алекситимичными чертами. Научное наследие В.А. Богородицкого и современный вектор исследований Казанской лингвистической школы // Труды и мат-лы междунар. конф. – 2016. – Т. 2. – С. 148–155.
5. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 2. – С. 82–94.
6. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review // Pain Physician. – 2014. – Vol. 17 (2). – P. 141–147.
7. Cheong Y.C., Smotra G., Williams A.C. de C. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd. 2014. Mar 5; URL: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd008797.pub2>. Available at Jul 31, 2017.
8. Chronic pelvic pain in women. URL: <http://www.mayoclinic.org/symptoms/pelvic-pain/basics/definition/sym-20050898>. Available at Jul 31, 2017.
9. Esin R.G., Lotfullina N.Z., Esin O.R. Cervikalgiya, dorzalgija, lyumbalgija: differencial'naya diagnostika, differencirovannaya terapiya. Monografiya. Kazan': Izd-vo Kazanskogo un-ta, 2015. 280 s.
10. Gorobets E., Esin R., Kovaleva Yu., Martyanov D., Nikolaeva N. The problems of pain description in patients with alexithymia // 3rd SGEM Conference on Psychology & Psychiatry, Sociology & Healthcare, Education: Conference Proceedings. Bulgaria, International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences and Arts, 22-31 August, 2016. Bulgaria. – 2016. – Book 1. – Vol. 2. – P. 1069–1107.
11. Haggerty C.L., Peipert J.F., Weitzen S., Hendrix S.L., Holley R.L. et al. Predictors of Chronic Pelvic Pain in an Urban Population of Women With Symptoms and Signs of Pelvic Inflammatory Disease // Sexually Transmitted Diseases. – 2005. – Vol. 32 (5). – P. 293–299.
12. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. Obstet Gynecol. 1996 Jan. 87 (1):55-8.
13. Meltzer-Brody S., Leserman J., Zolnoun D., Steege J., Green E., Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain // Obstet Gynecol. – 2007. – Vol. 109 (4). – P. 902–908.
14. Sator-Katzenschlager S., Scharbert G., Kress H., Frickey N., Ellend A., Gleiss A. et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: A randomized controlled pilot study // Wiener klinische Wochenschrift. – 2005. – Vol. 117 (21–22). – P. 761–768.
15. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1973. – Vol. 22. – P. 255–262.
16. Taylor G. Recent developments in alexithymia theory and research // Canadian journal of psychiatry. – 2000. – Vol. 45. – P. 134–142.
17. Williams R., Hartmann K., Sandler R., Miller W., Steege J. Prevalence and Characteristics of Irritable Bowel Syndrome Among Women With Chronic Pelvic Pain // Obstetrics & Gynecology. – 2004. – Vol. 104 (3). – P. 452–458.

Статья поступила в редакцию 22.06.2018