

**З.М. Дубоссарська,
Л.П. Грек**

СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ, ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ І РЕАБІЛІТАЦІЯ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.О. Дубоссарська)*

Ключові слова: *хронічний тазовий біль, діагностика, медикаментозна корекція, реабілітація*

Key words: *chronic pelvic pain, diagnostic, drug correction, rehabilitation*

Резюме. *Рассмотрены клинические особенности синдрома хронической тазовой боли при сочетанных доброкачественных заболеваниях гениталий (СДЗГ): лейомиоме матки, генитальном эндометриозе, функциональных кистах яичников в сочетании с хроническим воспалительным процессом внутренних гениталий. Неадекватное лечение гинекологических больных, пролонгирующее болевое течение заболевания, приводит к формированию синдрома хронической тазовой боли, которая характеризуется истощением адаптационных механизмов ЦНС, развитием выраженных психоэмоциональных расстройств, ухудшением качества жизни и резистентностью к лечению. Предложен диагностический алгоритм, медикаментозная коррекция и реабилитация этого распространенного контингента гинекологических больных.*

Summary. *Clinical features of chronic pelvic pain in various gynecological diseases: leiomyoma, genital endometriosis, functional ovarian cysts in conjunction with chronic inflammation of the internal genitalis were examined. Inadequate treatment of gynecological patients, which prolongs the pain course of the disease leads to the formation of chronic pelvic pain syndrome, characterized by the depletion of adaptive mechanisms of the CNS, development of psycho-emotional disorders, deterioration in the quality of life and resistance to treatment. Diagnostic algorithm, drug correction and rehabilitation of this widespread contingent of gynecological patients is proposed.*

Хронічні тазові болі (ХТБ) - поширена клінічна проблема в жіночій популяції, яка стосується фізичної та емоційної складових життя жінки. На цей час не викликає сумнівів існування аллогенного вогнища, при синдромі хронічних тазових болів (СХТБ), із визначеними морфофункціональними особливостями [4, 8; 15]. У більшості пацієнток за результатами комплексного обстеження виявляються різні гінекологічні захворювання: ендометріоз, лейоміома, злукова хвороба, ретенційні кісти та інша патологія [2, 9, 10]. Ці захворювання тією чи іншою мірою впливають на гемодинаміку та іннервацію органів малого тазу, викликаючи розвиток больового синдрому. Ряд авторів вважає, що в основі СХТБ лежать неспецифічні процеси: порушення мікроциркуляції і тканинна гіпоксія, а наявна гінекологічна патологія не є причиною, а є чинником патогенезу СХТБ [1, 17]. Хронізація болю виникає за певних умов, зокрема, при певному складі особистості пацієнтки – тривожному, недовірливому, іпохондричному настрої [14, 15, 18].

Численні дослідження кореляції больового синдрому з ендометріозом підтверджують безпечну роль деяких чинників у виникненні хронічних тазових болів [2, 6, 10]. Наявність ендометріюїдних гетеротопій приводить до розвитку в порожнині малого тазу помірно вираженого неінфекційного запального процесу. Цей процес виявляється збільшенням об'єму перитонеальної рідини і числа макрофагів у ній, підвищенням активності макрофагів і концентрації продуктів їх діяльності, включаючи простагландини, протеолітичні ферменти, цитокіни і чинники росту, що зрештою забезпечує формування больового синдрому. Передбачається, що знов виниклі поверхневі вогнища ендометріозу можуть викликати болі функціонального характеру, які виникають під час менструації, тоді як сині, «старі», типові вогнища можуть бути причиною органічних болів, таких, як глибока диспареунія і СХТБ. Вогнища глибокого ендометріозу, особливо в області ректовагінальної перетинки, мають очевидну позитивну кореляцію з вираженістю больового синдрому [2, 10]. Окрім того,

є взаємодія СХТБ з наявністю ендометріюїдних кіст яєчників, що супроводжуються розвитком періоваріального злукового процесу [1].

За даними ряду дослідників, найбільш складні для діагностики інфільтративні форми ендометріозу зустрічаються в 20-50% хворих на генітальний ендометріоз [11, 15]. Автори також стверджують, що найбільш частою локалізацією цього захворювання є очеревина, а не яєчники, як вважалося раніше.

Залежно від локалізації, форми і поширеності процесу больові відчуття при ендометріозі можуть бути досить різними, але найбільш характерні ниючі болі, що тягнуть, у нижніх відділах живота і попереково-крижової області, що посилюються напередодні та під час менструації. При ретроцервікальному ендометріозі хворі скаржаться на край різкі «стріляючі» болі, що іррадіюють у піхву, пряму кишку, промежину, стегно, посилюються при статевому акті й дефекації [2, 10, 14]. У цілому больовий синдром настільки типовий для клініки ендометріозу, що багато іноземних авторів при виключенні іншої патології безумовно пов'язують СХТБ з наявністю тієї або іншої форми ендометріозу, пропонуючи схеми емпіричного лікування тазових болів агоністами Гн-РГ [1, 10, 19].

При лейоміомі матки больові відчуття виявляються у кожній третій жінки [2, 6]. Постійні ниючі болі спостерігаються при вираженому зростанні вузлів за рахунок розтягування і підвищення тону м'язів міометрія, порушення мікроциркуляції, а також при некротичних і дегенеративних змінах у вузлах.

Больовий синдром також є домінуючим у клінічній картині пухлиноподібних утворень яєчників, він визначається в 70% хворих і характеризується поліморфністю [3, 20]. Найчастіше хворі скаржаться на болі внизу живота, іноді спостерігається іррадіація в поперекову область чи в пряму кишку. Болі зазвичай тупі, ниючого характеру, непостійні, як правило, не пов'язані з менструацією.

Хронічний запальний процес внутрішніх геніталій – широко відома причина болів [14, 18]. Найчастіше больові відчуття непостійні з періодами «загострень» і нестійким поліпшенням після курсів протизапальної терапії. Проте наявність і поширення злукового процесу унаслідок хронічного запалення, незалежно від інших чинників, супроводжується стійкими та наполегливими тазовими болями, особливо при злуках, що перекривають 2/3 поверхні яєчників. Аналогічна клінічна картина спостерігається при післяопераційному злуковому процесі, проте в цій ситуації

у формуванні больового синдрому бере участь і чинник операційної травми.

Таким чином, основними патофізіологічними причинами виникнення хронічних тазових болів при гінекологічних захворюваннях можна вважати розлад регіонарної і внутрішньоорганної гемодинаміки, порушення тканинного дихання з надлишковим накопиченням продуктів клітинного метаболізму, а також запальні, дистрофічні і функціональні зміни в периферичному нервовому апараті внутрішніх статевих органів і вегетативних симпатичних гангліях. Специфічна гінекологічна патологія може бути причиною виникнення хронічного больового синдрому як чинника його патогенезу. Повна і своєчасна діагностика гінекологічної патології, що зумовила тазові болі, з урахуванням всіх анатомічних особливостей є необхідним компонентом для успішного вирішення цієї складної медико-соціальної проблеми.

У зв'язку з цим диференційований підхід до лікувально-діагностичної тактики СХТБ є одним з перспективних напрямів, що дозволяє цілеспрямовано впливати на різні ланки патогенезу при конкретних гінекологічних захворюваннях (лейоміома матки, ендометріоз, оофорит) із стійким больовим синдромом.

Мета дослідження: уточнити особливості больового синдрому, медикаментозну корекцію і реабілітацію при деяких гінекологічних захворюваннях: лейоміомі матки, генітальному ендометріозі, функціональних кістах яєчників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 130 жінок з ендометріозом, лейоміомою тіла матки, доброякісними об'ємними захворюваннями яєчників (кістами) у поєднанні з хронічним запальним процесом внутрішніх геніталій; 110 - з синдромом хронічного тазового болю (основна група) і 20 - практично здорові (група порівняння). 1 група – хворі з генітальним ендометріозом $n = 36$ (32,7%); 2 група – хворі з лейоміомою тіла матки $n = 36$ (32,7%); 3 група – хворі з доброякісними об'ємними захворюваннями яєчників (функціональні кісти яєчників) у поєднанні з хронічним запальним процесом внутрішніх геніталій $n = 38$ (34,6%). Середній вік обстежених основної групи становив $38,4 \pm 4,3$ року і $36,6 \pm 2,8$ року – група порівняння. Проведено: загальноклінічне обстеження, згідно з клінічними протоколами з акушерської та гінекологічної патології МОЗ України № 582; №676; бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження з піхви уретри і цервікального каналу, кольпоскопія, цитограма на атипові клітини, обстеження на інфекції, що передаються статевим

шляхом (ІПСШ), методом імуноферментного аналізу (ІФА) і полімеразною ланцюговою реакцією (ПЦР). Вивчення стану ендокринного гомеостазу: лютропіну (ЛГ), фолітропіну (ФСГ), естрадіолу, прогестерону, пролактину (Прл), тестостерону (Т), ДЕА-сульфату у перефіричній крові проводили за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). Ехографія органів малого тазу проводилася апаратом Toshiba, Nemio17 -

рго, з використанням трансабдомінального конвексного датчика -3,0 -5,0 Мгц, в т.ч. з функцією "тканинна гармоніка" при 4,6 і 5,0 Мгц і вагінальним датчиком - 7,5 Мгц, енергетичного, імпульсивно-хвильового з кольоровим доплерівським картуванням (КДК). Суб'єктивну оцінку больового синдрому оцінювали за 10 - бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз суб'єктивної оцінки больового синдрому у тематичних хворих (ВАШ) М±m

Оцінка больового синдрому по ВАШ (за ступенем вираженості)	n ¹ =36 абс. (%)	n ² =36 абс. (%)	n ³ =38 абс. (%)
Тяжкий	22 (61,1)*	16 44,4)*	9 23,6)
Помірний	12 (33,3)	14 (38,8)	23(0,5)*
Незначний	1 (5,5)	5 (16,6)	8 (15,7)

Примітка. P < 0,05 – * достовірно значущі відмінності

Для визначення рівня тривоги використали тест Спілберга-Ханіна; оцінку тяжкості депресії визначали за шкалою Гамільтона (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ

Усі тематичні хворі основної групи пред'являли постійні скарги на болі в нижніх відділах живота і попереку, середня тривалість болю становила 3,5±0,4 року. Слід зазначити, що 52(47,2%) пацієнтки відмічали постійні болі в нижніх відділах живота і попереково-крижовій області, у 34(30,9%) пацієнток з функціональними кістами яєчників больові напади провокувалися первинною дисменореєю, у 12 (10,9%) з

генітальним ендометріозом – вторинною дисменореєю, 22(20%) пацієнтки з лейоміомою матки відмічали диспареунію; 18(16,4%) з лейоміомою і аденоміозом – відмічали болі в середині менструального циклу і за тиждень до менструації. У 17 (15,4%) пацієнток в анамнезі були оперативні втручання на матці і придатках, з них у 8 (7,2%) відзначався злуковий процес органів малого тазу. Анамнестичні дані свідчили про високий інфекційний індекс, на що вказують перенесені інфекції в дитячому віці у 76(69%) пацієнток, хронічний тонзиліт, часті ГРВІ, Herpes labialis – у 38(34,5%) пацієнток.

Таблиця 2

Показники ступеня депресивних розладів у тематичних хворих

Ступінь депресивних розладів (Шкала Гамільтона)	n ¹ =36 абс. (%)	n ² =36 абс. (%)	n ³ =38 абс. (%)
Легкий (0-6 балів)	4 (11,1)	8 (22,2)	20 52,6)*
Середній (від 6 до 20 балів)	13 (36,1)	17 47,2)*	10 (26,3)
Тяжкий (понад 20 балів)	19 52,7)*	11 (30,5)	8 (21)

Примітка: P < 0,05 – * достовірно значущі відмінності

При вивченні ендокринних параметрів у тематичних хворих рівень ФСГ коливався в межах 7,4 ±3,6 мМЕ/мл у фолікулярну фазу менструального циклу: у 5,6% випадків відзначалася його підвищена секреція, в 12,3% циклічна секреція ФСГ залишалася в межах норми і лише в

3,7% випадків відмічена його низька базальна секреція. Привертає увагу зміна циклічної секреції ЛГ 14,5±6,5 мЕ/мл як у бік збільшення у 8,3%, так і в бік зменшення у 4,5%. Рівень естрадіолу відповідав 670,6±48,4 пмоль/л, прогестерону 12,5±7,8 нмоль/л (у межах нормальних

величин) у динаміці менструального циклу, рівень тестостерону становив відповідно до $3,2 \pm 0,6$ нмоль/л, що відповідало нормальним параметрам овуляторного циклу.

Співвідношення естрадіол/прогестерон у динаміці менструального циклу змінювалося у бік зменшення останнього в лютеїнову фазу менструального циклу у 36,8% хворих, і достовірно не змінювалося у 63,2% хворих. Таким чином, ці порушення гормонального гомеостазу свідчать про порушення в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі і корелюють з виникненням болювого синдрому у тематичних хворих.

Ультразвукове дослідження органів малого тазу у хворих з ендометріозом і болювим синдромом виявило збільшення розмірів матки за рахунок її передньо-заднього розміру (у динаміці менструального циклу), неоднорідність структури міометрія за рахунок ділянок, що чергуються, підвищеної і пониженої ехогенності, без чітких меж. При доплерометрії було виявлено підвищення індексу резистентності і зниження швидкості маткового кровотоку в маткових судинах у 11(10%) хворих і "збіднення" судинного малюнка субендометріального шару, що узгоджується з даними І.А.Озерської і М.І.Агєєвої (2009) і свідчить про гемодинамічні порушення термінальних гілок маткових артерій.

У хворих з лейоміомою тіла матки частота і вираженість болювого синдрому залежала від розташування міоматозних вузлів. Так, за даними ряду авторів [15], субсерозні вузли на широкій основі призводять до стійкого болювого синдрому за рахунок розтягування і подразнення очеревини, тиску на нервові сплетіння малого тазу, крім того вони можуть порушувати функцію суміжних органів. При КДК виявлена різна щільність розташування периферичних судин лейоміоми, залежно від локалізації розташування міоматозних вузлів. Так, на думку Г.А.Савицького (2003), на зниження судинної резистентності має вплив відносна гіперестрогенія, що призводить до вазодилатації судин міометрія.

Фолікулярні кісти і кісти жовтого тіла належать до функціональних пухлиноподібних утворень яєчників. Вони представляють найоб'ємнішу патологію яєчників, яка виявляється у 7,8% клінічно здорових жінок і у 52,3% жінок із скаргами на болі внизу живота, порушенням менструального циклу [3]. Найбільш виражений болювий синдром проявлявся у 37 (34%) пацієнток з лютеїновими кістами, не пов'язаний з менструальним циклом, тривалістю 3-6 місяців і у 13(12,4%) - з фолікулярними кістами, що, мож-

ливо, співпадає як зі збільшенням в об'ємі яєчника, запальним процесом, так і крововиливом в просвіт кісти, внаслідок порушень кровообігу і лімфовідтоку в жовтому тілі [3, 20].

За даними низки дослідників [2, 14], лапароскопія має найбільшу цінність в діагностиці СХТБ, зумовлених ендометріозом, ретенційними кістами яєчників, субсерозною лейоміомою матки, та є "золотим стандартом" діагностики та ефективності лікування цього поширеного контингенту гінекологічних хворих.

Психологічне обстеження пацієнток показало, що практично усі тематичні хворі пред'являли скарги на підвищену дратівливість, порушення сну, емоційну лабільність, зниження працездатності, що визначило необхідність їх обстеження у психотерапевта. У 44 (40%) тематичних хворих виявлені тяжкі депресивні розлади, тривожні переживання; у 17 (15,4%) – фобії і нав'язливі ідеї, особиста тривога у 54 (49%). За результатами ВАШ (візуально-аналогової шкали) тематичні хворі оцінили біль у $6,3 \pm 3,0$ бали (рис. 1). Як свідчать дані психологічного обстеження, адаптація організму до хронічного тазового болю пов'язана зі змінами особистої сфери, соціальною дезорієнтацією, проблемами в кар'єрі і загально-мірним погіршенням якості життя, що для більшості пацієнток є значнішим, ніж виключно фізичне страждання (рис. 2).

Враховуючи клініко-патогенетичні аспекти виникнення хронічних тазових болів, основними напрямками фармакотерапії були: усунення болювого синдрому, корекція мікроциркуляторних розладів, лікування запальних явищ у стінках вен і навколишніх тканинах, ліквідація несприятливого психоемоційного фону, корекція гормонального гомеостазу, нормалізація трофічних процесів у малому тазі.

Застосування венотонічних препаратів сприяло підвищенню венозного тону, нормалізації проникності та резистентності капілярів, поліпшенню властивостей реології крові, посиленню лімфатичного дренажу.

Оптимізацію мікроциркуляторних і протизапальних ефектів можна досягти шляхом використання ректальних супозиторіїв, до складу яких входять два компоненти: стрептокіназа (1500 МО) і стрептодорназа (1250 МО) в оптимальних дозах для максимального протеолітичного і фібринолітичного ефекту [12].

Для поліпшення настрою, досягнення седативного ефекту застосовували «малі» транквілізатори (настоянка валеріани, комбіновані драже з екстрактом валеріани, перцевої і лимонної м'яти, адаптол).

Корекція недостатності лютеїнової фази досягалася призначенням гестагенів в лютеїнову фазу менструального циклу.

Антипростагландиновий ефект мають інгібітори циклооксидази у вигляді пігулок або ректальних свічок, які призначають в лютеїнову фазу менструального циклу та під час менструації [10].

При підтвердженому лапароскопією ендометріозі, лейоміомі матки застосовували агоністи ГН-РГ у безперервному режимі протягом 3-6 місяців. У подальшому пацієнткам з СХТБ доцільне застосування прогестинів. Дієногест - прогестаген, що поєднує в собі фармакологічні властивості 19-норстероїдів та похідні прогестерону, який характеризується вираженим впливом на ендометріоз, зменшуючи ендогенну продукцію естрадіолу і таким чином пригнічуючи трофічні ефекти естрадіолу на ендометрій. При безперервному застосуванні дієногест призводить до створення гіпоестрогенного, гіпергестагенного ендокринного середовища, що спричиняє початкову децидуалізацію тканини ендометрія з подальшою атрофією ендометріюїдних вогнищ. На відміну від агоністів Гн-РГ, дієногест має сприятливий профіль безпеки, призводить до зменшення тазового болю, що важливо для довготривалого застосування в дозі 2 мг протягом 6-12 місяців.

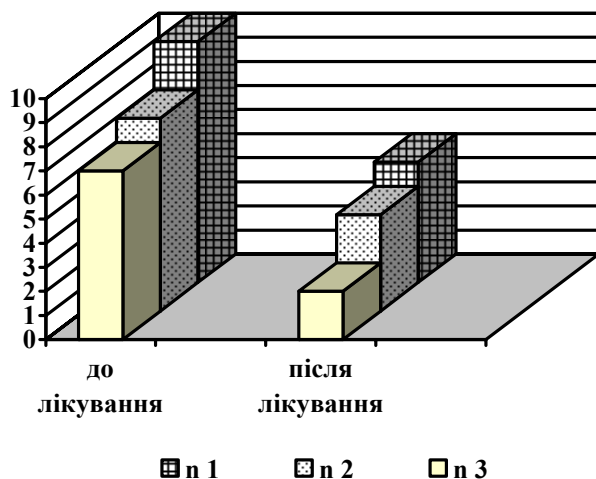


Рис.1. Динаміка оцінки больового синдрому у тематичних хворих за ВАШ до лікування та після лікування

У складі комплексної терапії пацієнток з СХТБ доцільно використовувати радонові ванни, йодобромні води [2, 6, 17]. Під впливом радонових ванн нормалізується нейромедіаторний обмін мозку, відмічається позитивний вплив на обмінні

та імунобіологічні процеси організму. Ефективність використання радонових вод полягає у регресі вогнищ ендометріозу, наданні седативного, знеболюючого, десенсебілізуючого ефекту, усуненні неврологічної симптоматики.

Апаратна фізіотерапія може бути рекомендована за допомогою електрофореза чи фонофореза з сірчано-кислим цинком чи йодистим калієм синусоїдально-модуючими струмами у поєднанні з йодобромними ваннами [2, 17]. Клінічні дослідження свідчать [6, 9, 12] про достатню ефективність використання преформованих факторів, що мають седативну дію на центральну нервову систему і пов'язану з урівноваженням процесів у корі головного мозку та стоволових структурах, покращенню мікроциркуляції. У лікувальний комплекс включали лікувальну гімнастику, аутогенне тренування, психосугестію і акупунктуру.

Після проведеного комплексного лікування СХТБ у пацієнток з СДЗГ: лейоміомі матки, генітальному ендометріозі, хронічним запальним процесом внутрішніх геніталій, – покращення загального стану, самопочуття, настрою відмічали 86% хворих; нормалізацію сна – 76,4% пацієнток, зменшення дратівливості – 70% жінок, дисменорея була повністю усунена у кожній 4 хворої, а 75% пацієнток відмічали зменшення її інтенсивності та тривалості. За даними результатів ВАШ після проведеного лікування, пацієнтки оцінили біль у $3,2 \pm 2,0$ бали (рис.1). При порівнянні результатів бімануального дослідження до та після лікування змін розмірів матки не виявлено у жодної хворої, деяке пом'якшення консистенції матки відмічено у 45,4% хворих, болючість при пальпації зменшилась у кожній 3 жінки, а при зміщенні – у 50%.

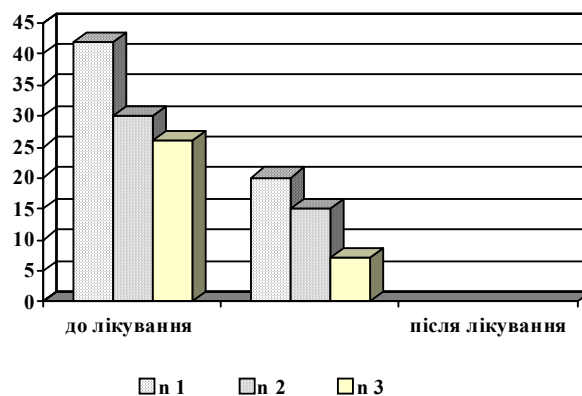


Рис. 2. Динаміка показників рівня особистої та реактивної тривожності до лікування та після лікування

ПІДСУМОК

Таким чином, для гінекологічних хворих з тазовими болями характерна конституційна схильність до розвитку психічних та емоційних розладів, формування низької толерантності до болю, больової поведінки, що вимагає участі психотерапевта у веденні цих хворих. Неадекватне або несвоєчасне лікування гінекологічних хворих, що пролонгує больовий перебіг, у кожному другому випадку призводить до формування ускладнень — синдрому хронічного тазового болю, що характеризується виснаженням адаптивних механізмів ЦНС, розвитком виражених психоемоційних розладів, погіршенням якості життя та резистентністю до лікування. Наявність больової симптоматики, котра торпід-

на до консервативного лікування, при гінекологічній патології слід розглядати як самостійне показання до хірургічного лікування, причому перевага віддається доступам, які є мінімально інвазивними (лапароскопія, гістероскопія) та забезпечують повну ревізію органів черевної порожнини, усунення виявленої патології та швидку фізичну та психологічну реабілітацію. Комплексне використання сучасних методів діагностики і диференційованого підходу до лікування СХТБ сприяє зменшенню або зникненню болів, покращенню особистості пацієнток та поліпшенню якості життя цього контингенту гінекологічних хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аккер Л.В. Синдром хронических тазовых болей в урогинекологии / Л.В. Аккер, А. И. Неймарк. — М.: ООО «МИА», 2009. — 240с.
2. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е.Ф. Кира. —СПб., 2002. — 452с.
3. Белова А.Н. Хроническая тазовая боль [руковод. для врачей] / А. Н.Белова, В.Н.Крупина. — М.: Антидор, 2007. — 572 с.
4. Венцківський Б.М. Больовий синдром у гінекології: від етіології до лікування / Б.М. Венцківський // Мед. аспекти здоров'я жінки. -2008. -№4. — С. 29-31
5. Генітальний ендометріоз у жінок репродуктивного віку: метод. рекомендації. — К.: МОЗ України, 2005. — 36 с.
6. Дамиров М.М. Генитальный эндометриоз — болезнь активных и деловых женщин / М.М. Дамиров. — М.: БИНОМ-Пресс, 2010. — 192с.
7. Діагностика, лікування та реабілітація при доброякісних кістозних утвореннях яєчників у жінок репродуктивного віку: метод. рекомендації. — К.: МОЗ України, 2007. — 72 с.
8. Добракачевские заболевания матки / А.Н.Стрижаков, А.И. Давыдов, В.М.Пашков, В.А. Лебедев. — М.: ГЭОТАР -Медиа, 2010. — 288 с.
9. Дубоссарская З.М. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты): учеб.-метод. пособие / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская. — Д.: Лира ЛТД, 2008. — 415с.
10. Ивахненко Н.Т. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов в гинекологической практике / Н.Т. Ивахненко, В.Н. Плотников // Репродуктивное здоровье женщины. — 2008. — №1 — С. 136 — 138.
11. Лахно И.В. Хроническая тазовая боль в практике гинеколога (обзор) / И.В. Лахно // Медицина неотложных состояний. — 2006. — №1(2). — С.10 —13.
12. Линде В.А. Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / В.А. Линде, Н.А. Татарова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2010. — 192 с.
13. Озерская И.А. Хроническая тазовая боль у женщин репродуктивного возраста / И.А. Озерская, М.И. Агеева. — М.: ВИДАР, 2009. — 299с.
14. Оценка эффективности и безопасности препарата дистриптаза в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза / А.Я. Сенчук, О. В Грищенко, А. А Зелинский [и др.] //Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К., 2008. — С. 718-725.
15. Подзолкова Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М Подзолкова., О.Л. Глазкова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 448 с.
16. Пухлиноподібні ураження яєчників (діагностика та лікування): метод. рекомендації. — К.: МОЗ України, 2007. — 32 с.
17. Стругацкий В. М. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога / В.М Стругацкий., Т.Б Маланова., К.Н. Арсланян. — М.: МЕД пресс-информ, 2005. — 208 с.
18. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология (клинические очерки) - Часть1 / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский . — К.: Заповіт, 2003. — 303с.
19. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической практике / Г.А. Савицкий, Р.Д. Иванова, И.Ю. Щеглова, П.А. Попов — 3-е изд. — СПб.: ЭЛБИ, 2003. — 144с.
20. Щеглова И.Ю. Этиологические и патогенетические факторы синдрома хронических тазовых болей (Обзор литературы) / И.Ю. Щеглова // Журнал акушерства и женских болезней — 2000. — Т. 49, №3. — С.75 — 82.

