

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2021.9.111.038>**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ОЦЕНКА АЛГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ**

Научная статья

Деревянко Х.П.^{1,*}, Сафин Ш.М.², Вартапетян Г.С.³, Гизатуллина Э.И.⁴¹ ORCID:0000-0002-4036-8649;^{1, 2, 4} Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия;³ Бакалинская центральная районная больница, Бакалы, Россия

* Корреспондирующий автор (khristina[at]mail.ru)

Аннотация

Хроническая тазовая боль является социально значимой проблемой медицины, так как хронический болевой синдром неблагоприятно воздействует на психологическое состояние пациентов, их трудоспособность, социальное функционирование и семейные отношения. Хроническая тазовая боль является мультидисциплинарной проблемой, так как может возникать вследствие различных заболеваний. В обзоре рассмотрены основные критерии объективной оценки хронической тазовой боли с приведением шкал для персонализированного подхода в диагностике алгического статуса, а так же приведены фармакологические и нефармакологические методы помощи пациентам страдающим хронической тазовой болью. Представленная информация поможет клиницисту любой специальности в оценке болевого синдрома и в определении тактики лечения.

Ключевые слова: синдромом хронической тазовой боли, хроническая тазовая боль, мультидисциплинарный подход.

**PERSONALIZED APPROACH AND ASSESSMENT OF ALGIC STATUS
IN CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME**

Research article

Derevyanko Kh.P.^{1,*}, Safin Sh.M.², Vartapetyan G.S.³, Gizatullina E.I.⁴¹ ORCID: 0000-0002-4036-8649;^{1, 2, 4} Bashkir State Medical University; Ufa, Russia;³ Bakalinsky Central District Hospital (Bakalinskaya tsentralnaya rayonnaya bolnitsa), Bakaly, Russia

* Corresponding author (khristina[at]mail.ru)

Abstract

Chronic pelvic pain is a socially significant medical problem since chronic pain syndrome adversely affects the psychological state of patients, their ability to work and function in family and society. Chronic pelvic pain is a multidisciplinary problem since it can occur due to various diseases. The review examines the main criteria for an objective assessment of chronic pelvic pain with the introduction of scales for a personalized approach to the diagnosis of algic status. The article also features pharmacological and non-pharmacological methods of helping patients suffering from chronic pelvic pain. The presented information will help clinicians of any specialty in assessing pain syndrome and in determining treatment tactics.

Keywords: chronic pelvic pain syndrome, chronic pelvic pain, multidisciplinary approach.

Синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) – одна из наиболее распространенных причин обращения к врачу [1] и составляет 20% от всех амбулаторных посещений [2]. Под СХТБ понимают наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли при отсутствии инфекции или другой очевидной патологии, которая может объяснить боль. Боль часто связана с негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными или эмоциональными последствиями, а также с симптомами со стороны нижних отделов мочевыделительного тракта, сексуальной, кишечной или гинекологической дисфункцией [3]. В России СХТБ в 73% случаев рассматривают как симптом гинекологических заболеваний, в 22% – экстрагенитальных, в 1% – психических нарушений, в 1,5% имеет самостоятельную нозологическую составляющую [4].

Согласно фармакоэкономическим исследованиям американских коллег амбулаторные визиты в США по поводу хронической тазовой боли (ХТБ) обходятся страховым компаниям в 881,5 млн долларов в год, а всего на диагностику и лечение пациентов расходуется более 2 млрд долларов ежегодно [5], [6], [7]. В Германии прямые расходы на лечение одного пациента с миофасциальным болевым синдромом составляют 791 евро, а общественные расходы – 995 евро, что сравнимо с показателями у пациентов с ХТБ [8]. Хроническая тазовая боль негативно влияет на психоэмоциональный статус пациента, тем самым снижая его качество жизни. Согласно последним исследованиям СХТБ влияет на психическую сферу пациента, также как если бы пациент страдал инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, язвенным колитом, испытывал интенсивную зубную или ушную боль [9], [10]. Социальную значимость СХТБ подчеркивают последние исследования, так выраженной депрессией и лекарственной зависимостью страдают 27% пациентов с СХТБ, выраженные эмоциональные расстройства в период обострения болевого синдрома испытывают 18 % больных и у 35% зафиксированы суицидальные попытки или намерения к совершению суицида на фоне болевого синдрома [11].

Согласно Международной ассоциации по изучению боли предложено разделение ХТБ на хроническую висцеральную боль и хроническую первичную тазовую боль. При хронической висцеральной боли болевые ощущения отмечаются в нижних отделах живота, паховых областях, пояснице и данная тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием [5], [12]. Хроническая первичная тазовая боль как следствия нейробиологических, физиологических и

анатомических изменений в центральной нервной системе соотносится с нарушением поведения, когнитивными, психоэмоциональными и сексуальными расстройствами, при невозможности идентификации этиологического компонента применим термин «синдром хронической тазовой боли» [5], [7], [12]. Иннервация мышц органов таза является важной составляющей в патогенезе СХТБ, так как мышцы выполняют функцию поддержки, сокращения и расслабления. Нейроны спинного и головного мозга участвуют в регулировании активности различных органов, так при избыточной ноцицептивной афферентации происходит повышение возбудимости сегментарных структур спинного мозга. Высокий уровень возбуждения в сегментарных звеньях рефлекторной дуги, в свою очередь, усиливает мышечный тонус. С длительным течением заболевания боль может хронифицироваться вследствие недостаточной активности нисходящих от периаквадуктальных ядер симпатических путей, проецирующихся на вставочные нейроны заднего рога спинного мозга и способных модулировать прохождение болевых сигналов к таламусу [13], [14], [15]. При длительном течении заболевания повышается риск хронификации болевого синдрома и усугубление тяжести состояния пациента [16].

В диагностике ХТБ важно определить локализацию боли, а также дифференцировать локальные органоспецифические симптомы, основываясь на патогенетических аспектах формирования ХТБ. Спектр симптомов, который необходимо выявить у пациентов согласно классификации UPOINTs включает 7 доменов: мочевого (Urinary), психосоциальный (Psychosocial), органоспецифический (Organ specific), инфекционный (Infection), неврологический/системный (Neurologic/systemic), мышечно-спастический (Tenderness of skeletal muscles) и сексуальной функции (Sexual dysfunction) [17], [18] и позволяет определить правильную стратегию дальнейшего лечения СХТБ. В предложенном диагностическом алгоритме от Европейской ассоциации урологов создана концепция основного «минимума исследований» данной категории пациентов [19]. Необходимо помнить, что при СХТБ болевой синдром имеет хроническое течение, в связи с чем при составлении индивидуального плана диагностики и лечения, целесообразно привлекать не только докторов узкого профиля, но и бригаду врачей специализирующихся на лечении болевых синдромов, исходя из алгического статуса пациента (Рис.1).

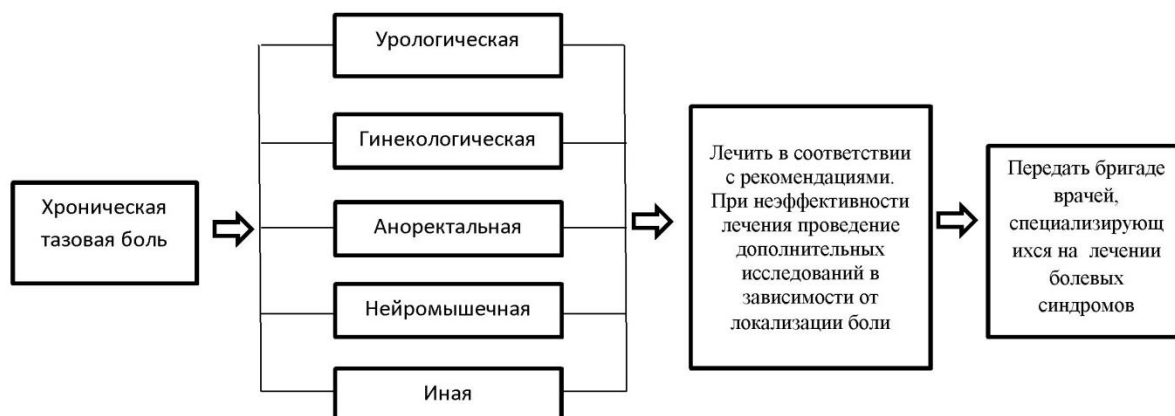


Рис. 1 – Блок-схема диагностики ХТБ (адаптировано из [17])

Оценка алгического статуса и использование шкал

При осмотре пациента с хронической болью необходимо уделять внимание алгическому анамнезу, который должен включать место локализации боли, интенсивность, характер болевого синдрома, а так же возможные патофизиологические и этиологические характеристики боли. В последнее время в практике врача любой специальности активно используются визуально-аналоговые шкалы, которые просты в использовании и позволяют оценить боль на момент осмотра и сравнить балльную оценку боли с течением времени.

В клинической практике используются шкалы количественной оценки хронической боли, например, шкала *краткой оценки боли*, которая предназначена для определения тяжести боли и ее влияния на различные аспекты жизни, для оценки каждого компонента в ней используется балльная оценка от 0 до 10, цифровой рейтинговой шкалы. Так как интенсивность хронической боли может меняться в течение суток, пациента просят оценить ее в момент осмотра, а так же в момент ее наибольшей и наименьшей интенсивности и отметить среднее значение болевого синдрома в течение 24 ч. Фиксируются локализация боли на схематичном изображении тела и характеристики боли [20].

Мак-Гилловский болевой опросник используется для определения сенсорной и аффективной характеристики болевого синдрома (McGill Pain Questionnaire). И может быть использован для контроля боли во времени и определения эффективности медицинского вмешательства. Пациенту предлагают 78 прилагательных, сгруппированных по смыслу в 20 блоков, и она отмечает слова, наиболее точно отражающие болевые ощущения, — всего 7 определений (одно слово можно использовать дважды) [21], [22], [23].

Существуют и специально разработанные опросники и шкалы, с помощью которых оценивают как субъективную интенсивность тазовой боли, так и сопутствующие состояния. Например, для оценки нейропатической боли существуют специализированные шкалы, например, *Лидская шкала оценки нейропатических симптомов и знаков и нейропатической боли* [24]. Также для выявления нейропатического характера хронической боли сегодня широко применяют диагностический *опросник нейропатической боли (DN4)*, который ввиду своей простоты не требует наличия специального неврологического образования и предназначен для широкого использования практическими врачами [25]. Опросник состоит из двух блоков: первый блок из 7 вопросов заполняется на основании опроса пациента, второй блок из 3-х вопросов – на основании клинического осмотра. Метод обладает высоким уровнем

чувствительности (82,9%) и специфичности (89,9%). Сумма баллов выше 4-х означает предположительное наличие у пациента нейропатической боли или нейропатического компонента смешанной боли в 86% случаев. Опросник DN4 переведен на большинство европейских языков, русская версия опросника прошла лингвистическую валидацию с соблюдением всех международных требований и принята к использованию в России [26].

Шкала оценки качества боли (Pain Quality Assessment Scale) позволяет дифференцировать ноцицептивные и нейропатические болевые состояния [27].

Лечение

В основе лечения ХТБ (СХТБ) лежит биопсихосоциальная концепция, включающая персонифицированный подход при участии самого пациента. В управлении болью используют когнитивно - поведенческие методы психотерапии, которые позволяют изменить ошибочный образ мыслей пациента в отношении своего субъективного ощущения и обучают навыкам преодоления переживания боли. [28]. Применима так же и физическая терапия в виде комбинированной триггерной терапии, техник дыхания, релаксации и методик самоуправления [29].

Из медикаментозных методов лечения при ХТБ (СХТБ) используют нестероидные противовоспалительные препараты, антидепрессанты (ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина). При туннельных тазовых невралгиях применяют блокады нервов [30]. С целью купирования боли при пудендопатии используют препараты из группы антиконвульсантов (прегабалин и габапентин) [31]. Также существуют доказательства эффективности нейромодуляции [32] и декомпрессивных операций [33], в частности при пудендальной невралгии, однако эти методы рекомендуются в тех случаях, когда консервативная терапия и лечебные блокады не дали результата.

В 2019гг на базе терапевтического отделения клиники БГМУ был проведен скрининг пациентов, проходивших лечение с различными заболеваниями с целью оценки распространенности хронической тазовой боли. Исследование носило одномоментный проспективный характер. Было опрошено и осмотрено 112 пациентов (42 мужчин и 70 женщин) в возрасте от 25 до 85 лет, средний возраст $58 \pm 2,2$ года. Опрошенная группа пациентов получала стационарное лечение по основному заболеванию (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, неврологического и ревматологического профиля). По результатам этого скрининга выяснилось, что восемь пациентов страдали хронической тазовой болью, по поводу которой пациенты наблюдались у гинеколога ($n=2$), уролога ($n=3$), проктолога ($n=1$) и невролога ($n=2$). В ходе проведенного осмотра и тестирования у 7 пациентов из 8 выявлен нейропатический компонент боли (по шкале DN4 – 7 баллов), средней интенсивности (6 баллов по ВАШ), один пациент страдал смешанным болевым синдромом (нейропатический и ноцицептивный компонент боли). Использование шкал на первом этапе позволило оценить интенсивность болевого синдрома. По каждому пациенту был разработан план лечения с участием врача алголога и психотерапевта. Пациентам с нейропатической болью в лечение был включен антидепрессант (ингибиторы обратного захвата серотонина), больному со смешанным болевым синдромом помимо антидепрессанта в терапию добавлен препарат из группы нестероидного противовоспалительного средства. Из немедикаментозных препаратов пациентам была предложена методика когнитивно - поведенческой психотерапии. Всех пациентов осмотрел клинический фармаколог для определения рисков осложнений и совместимости препаратов, получаемых по основному заболеванию и добавленных по сопутствующей патологии.

Справедливо будет заметить, что все выявленные пациенты с ХТБ страдали хроническим болевым синдромом более 6 месяцев и не получали специфической терапии в течение этого времени, что существенно снижало их качество жизни на протяжении этого времени. Через четыре недели пациенты были приглашены на амбулаторный прием для оценки эффективности проводимого лечения. У семи пациентов болевой синдром полностью купировался, один пациент отмечал значительное снижение интенсивности боли на фоне проводимой терапии до 2 баллов по ВАШ, что не отражалось на его повседневной активности.

Таким образом, за время лечения основного заболевания был проведен скрининг пациентов и выявлен хронический болевой синдром в виде ХТБ, проведена оценка алгического статуса, разработана медикаментозная и немедикаментозная терапия с привлечением врачей специализирующихся на лечении боли. В ходе лечения фиксировалась балльная оценка алгического статуса и отслеживалась динамика разрешения болевого синдрома, достигнут положительный эффект в виде купирования и значительного уменьшения хронического болевого синдрома.

Заключение

ХТБ является полиэтиологическим заболеванием и требует мультидисциплинарного подхода в многоуровневом дифференциально-диагностическом поиске причины заболевания и оказанию помощи пациенту. Лечение СХТБ зависит от основного заболевания, при этом избавление от тазовой боли как симптома – основная задача клинициста. Использование шкал позволит врачам любой специальности оценить эффективность проводимой терапии, частично спрогнозировать течение заболевания по алгическому профилю, что улучшит качество жизни пациента и предотвратит хронизацию болевого синдрома.

Конфликт интересов

Не указан.

Conflict of Interest

None declared.

Список литературы / References

1. Самородская И.В. Хроническая тазовая боль / И.В. Самородская, А.Л. Рылов // Медицинский вестник. 2014; 30(679) : 9-10.
2. Гаджиева З.К. Особенности подхода к диагностике и лечению рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих путей / З.К. Гаджиева // Урология. 2013 ; 3 : 84-90.

3. Engeler D. EAU guidelines on chronic pelvic pain / D. Engeler, A.P. Baranowski, I. Borovicka // Chronic pelvic pain-limited. 2017. [Electronic resource]. URL: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Chronic-Pelvic-Pain-2016.pdf> (accessed: 14.11.2020)
4. Подзолкова Н.М. Симптом, синдром и диагноз / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова // Дифференциальная диагностика в гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014. 736 с.
5. International Pelvic Pain Society (IPPS). [Electronic resource]. URL: <http://pelvicpain.org/home.aspx> (accessed: 14.11.2020)
6. Радзинский В.Е. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак. Клиническая фармакология / В.Е. Радзинский, Р.Н. Аляутдин ред. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 672 с.
7. Оразов М.Р. Хронический тазовый болевой синдром. От нового в понимании этиопатогенеза к новому в диагностике и терапии. Клиническая лекция / М.Р. Оразов, Х.Ю. Симоновская, Т.С. Рябинкина; Радзинский В.Е., ред.. М.: Редакция журнала Status Praesens; 2016. 24 с.
8. Canavan, C. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome / C. Canavan, et al. // Aliment Pharmacol Ther, 2014. 40 : 1023. [Electronic resource]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25199904> (accessed: 14.11.2020)
9. Аполихина И.А. Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике уролога / И.А. Аполихина, Я.Б. Миркин, И.А. Эйзенх и др. // Экспериментальная и клиническая урология. 2012 ; 2 : 85-90.
10. Сивков А.В. Хронический простатит категории IIIБ/синдром хронической тазовой боли и сексуальные дисфункции / А.В. Сивков, В.В. Ромих, А.В. Захарченко // Андрология и генитальная хирургия. 2015 ; 16(4) : 18-26. DOI: 10.17650/2070-9781-2015-16-4-18-26.
11. Крючкова М.Н. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты / М.Н. Крючкова, В.А. Солдаткин // Вестник урологии. 2017;5(1):52-63. DOI: 10.21886/2308-6424-2017-5-1-52-63.
12. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли в гинекологии: современные подходы к обследованию, лечению и реабилитации больных / Е.Л. Яроцкая // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2016; 2(12): 82–94.
13. Шварц П.Г. Дифференциальный диагноз психосоматического компонента «синдром хронической тазовой боли» / П.Г. Шварц, Ф.К. Горячев, М.Н. Гурьев и др. // Справочник врача общей практики. 2013; 5: 12–21.
14. Яковлева Э.Б. Современный взгляд на проблему лечения хронической тазовой боли / Э.Б. Яковлева, О.М. Бабенко, А.Б. Бугаев // Медицина неотложных состояний. 2014; 2(57): 134–9.
15. Zermann D.H. Chronic Prostatitis: A myofascial pain syndrome? / D.H. Zermann, M. Ishigooka, R. Doggweiler et al. // Infect Urol 1999 ; 12(3) : 84–92.
16. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А. Хабиров. Казань: МПИК, 2002.
17. Nickel J.C. Clinical phenotyping of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a key to classification and potentially improved management / J.C. Nickel, D. Shoskes, K. Irvine-Bird // J Urol. 2009 Jul;182(1):155-60. DOI: 10.1016/j.juro.2009.02.122.
18. Magri V. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients / V. Magri, E. Marras, A. Restelli et al. // Exp Ther Med. 2015 Mar;9(3) : 658-666.
19. Fall M. EAU guidelines on chronic pelvic pain / M. Fall, A. Baranowski, S. Elneil et al. // Eur. Urol. 2010 ; 57 : 35–48.
20. Johnson C. Measuring pain. Visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? / C. Johnson // J Chiropr Med 2005; 4: 43–44
21. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods / R. Melzack // Pain 1975; 1: 277—299.
22. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire. In: Pain Measurement and Assessment / R. Melzack. New York: Raven Press 1983; 41—48.
23. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire / R. Melzack // Pain 1987; 30: 191—197
24. Bennet M. Need for differential assessment tools of neuropathic pain and the deficits of LANSS pain scale / M. Bennet // Pain 2002; 98 (1—2): 229—231
25. Bouhassira D. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory / D. Bouhassira, N. Attal, J. Fermanian et al. // Pain. 2004; 108: 248–257
26. Данилов А.Б. Диагностические шкалы для оценки невропатической боли / А.Б. Данилов, О.С. Давыдов // Боль. 2007; 3(16):11–15
27. Galer B. Pain Assessment in Clinical Trials / B. Galer, M. Jensen et al. 2003. [Electronic resource]. URL: www.painedu.org/downloads/nipc/pain_assessment_scales.pdf (accessed: 14.11.2020)
28. Шевцова Г.Е. Когнитивно-поведенческая терапия как компонент междисциплинарной программы лечения послеоперационной неонкологической боли / Г.Е. Шевцова, А.И. Исайкин, В.А. Парфенов // Российский журнал боли. 2018; (1):64-9.
29. Brühl C.A. Combined Cognitive-Behavioural and Physiotherapeutic Therapy for Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome (COMBI-CPPS): study protocol for a controlled feasibility trial / C.A. Brühl, S.G.R. Klotz, C. Dybowski et al. // Trials. 2018 Jan 9;19(1):20. DOI: 10.1186/s13063-017-2387-4.
30. Гусев Е.И. Неврология: национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. 2-е изд. Т. 1. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 880 с.
31. Давыдов О.С. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли / О.С. Давыдов, Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкин и др. // Российский журнал боли. 2018;(4):5–41.
32. Carmel M. Pudendal nerve neuromodulation with neurophysiology guidance: a potential treatment option for refractory chronic pelvi-perineal pain / M. Carmel, M. Lebel, M. Tu le // Int Urogynecol J. 2010 May;21(5):613-6. DOI: 10.1007/s00192-009-1054-z. Epub 2009 Dec 12.

33. Robert R. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation / R. Robert, J.J. Labat, M. Bensignor et al. // *Eur Urol*. 2005 Mar;47(3):403-8. DOI: 10.1016/j.eururo.2004.09.003

Список литературы на английском языке / References in English

1. Samorodskaya I. V. Khronicheskaja tazovaja bol' [Chronic pelvic pain] / I. V. Samorodskaya, A. L. Rylov // *Medicinskij vestnik [Medical Bulletin]*. 2014;30(679):9-10 [in Russian]
2. Gadzhieva Z. K. Osobennosti podkhoda k diagnostike i lecheniju recidivirujushhikh infekcij nizhnikh mochevyvodjashhikh putej [Features of the approach to the diagnosis and treatment of recurrent infections of the lower urinary tract] / Z. K. Gadzhieva // *Urologiya [Urology]*. 2013;3:84-90 [in Russian]
3. Engeler D. EAU guidelines on chronic pelvic pain / D. Engeler, A.P. Baranowski, I. Borovicka // *Chronic pelvic pain-limited*. 2017. [Electronic resource]. URL: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Chronic-Pelvic-Pain-2016.pdf> (accessed: 14.11.2020)
4. Podzolkova N. M. Simptom, sindrom i diaznos. Differencial'naja diagnostika v ginekologii [Symptom, syndrome, and diagnosis. Differential diagnosis in gynecology] / N. M. Podzolkova, O. L. Glazkova. Moscow: GEOTAR-Media. 2014. 736 p. [in Russian]
5. International Pelvic Pain Society (IPPS). [Electronic resource]. URL: <http://pelvicpain.org/home.aspx> (accessed: 14.11.2020)
6. Radzinsky V. E. Akusherstvo. Ginekologija. Besplodnyj brak. Klinicheskaja farmakologija [Midwifery. Gynecology. A barren marriage. Clinical pharmacology] / Radzinsky V. E. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 672 p. [in Russian]
7. Orazov M. R. Khronicheskij tazovyyj bolevoj sindrom. Ot novogo v ponimanii etiopatogeneza k novomu v diagnostike i terapii. Klinicheskaja lekcija. [Chronic pelvic pain syndrome. From the new in the understanding of etiopathogenesis to the new in diagnosis and therapy. Clinical lecture] / M. R. Orazov, Kh. Yu. Simonovskaya, T. S. Ryabinkina, et al. Moscow: Editorial office of the journal Status Praesens; 2016. 24 p. [in Russian]
8. Canavan, C. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome / C. Canavan, et al. // *Aliment Pharmacol Ther*, 2014. 40 : 1023. [Electronic resource]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25199904> (accessed: 14.11.2020)
9. Apolikhina I. A. Tazovye disfunkcii i boleвыe sindromы v praktike urologa [Pelvic dysfunctions and pain syndromes in the practice of a urologist] / I. A. Apolikhina, Ya. B. Mirkin, I. A. Eisenakh, et al. // *Ehksperimental'naja i klinicheskaja urologija. [Experimental and clinical urology]* 2012;2:85-90 [in Russian]
10. Sivkov A.V. Khronicheskij prostatit kategorii IIIB/sindrom khronicheskoy tazovoy boli i seksual'nye disfunkcii [Chronic prostatitis of category IIIB / syndrome of chronic pelvic pain and sexual dysfunction] / A. V. Sivkov, V. V. Romikh, A. V. Zakharchenko // *[Andrology and genital surgery]*. 2015;16 (4):18-26. DOI: 10.17650/2070- 9781-2015-16-4-18-26 [in Russian]
11. Kryuchkova M. N. Sindrom hronicheskoy tazovoy boli: psihopatologicheskie aspekty [Chronic pelvic pain syndrome: psychopathological aspects] / M. N. Kryuchkova, V. A. Soldatkin // *Vestnik urologii [Bulletin of Urology]*. 2017;5(1):52-63. DOI: 10.21886/2308-6424- 2017-5-1-52-63 [in Russian]
12. Yarotskaya E. L. Tazovye boli v ginekologii: sovremennye podkhody k obsledovaniju, lecheniju i reabilitacii bol'nykh [Pelvic pain in gynecology: modern approaches to the examination, treatment and rehabilitation of patients] / E. L. Yarotskaya // *Akusherstvo i ginekologija: novosti, mnenija, obuchenie [Obstetrics and gynecology: news, opinions, training]*. 2016; 2(12): 82–94 [in Russian]
13. Shvarts P. G. Differencial'nyj diaznos psichosomaticheskogo komponenta «sindrom khronicheskoy tazovoy boli» [Differential diagnosis of the psychosomatic component "chronic pelvic pain syndrome"] / P. G. Shvarts, F. K. Goryachev, M. N. Guryev, et al. // *Spravochnik vracha obshhej praktiki [General Practitioner's Handbook]*. 2013; 5: 12–21 [in Russian]
14. Yakovleva E. B. Sovremennyy vzgljad na problemu lechenija khronicheskoy tazovoy boli [Modern view on the problem of treatment of chronic pelvic pain] / E. B. Yakovleva, O. M. Babenko, A. B. Bugaev // *Medicina neotlozhnykh sostojanij [Emergency medicine]*. 2014; 2(57): 134–9 [in Russian]
15. Zermann D.H. Chronic Prostatitis: A myofascial pain syndrome? / D.H. Zermann, M. Ishigooka, R. Doggweiler et al. // *Infect Urol* 1999 ; 12(3) : 84–92.
16. Khabirov F. A. Klinicheskaja nevrologija pozvonochnika [Clinical neurology of the spine] / F. A. Khabirov. Kazan: MPIK, 2002 [in Russian]
17. Nickel J.C. Clinical phenotyping of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a key to classification and potentially improved management / J.C. Nickel, D. Shoskes, K. Irvine-Bird // *J Urol*. 2009 Jul;182(1):155-60. DOI: 10.1016/j.juro.2009.02.122.
18. Magri V. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients / V. Magri, E. Marras, A. Restelli et al. // *Exp Ther Med*. 2015 Mar;9(3) : 658-666.
19. Fall M. EAU guidelines on chronic pelvic pain / M. Fall, A. Baranowski, S. Elneil et al. // *Eur. Urol*. 2010 ; 57 : 35–48.
20. Johnson C. Measuring pain. Visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? / C. Johnson // *J Chiropr Med* 2005; 4: 43–44
21. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods / R. Melzack // *Pain* 1975; 1: 277—299.
22. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire. In: *Pain Measurement and Assessment* / R. Melzack. New York: Raven Press 1983; 41—48.
23. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire / R. Melzack // *Pain* 1987; 30: 191—197
24. Bennet M. Need for differential assessment tools of neuropathic pain and the deficits of LANSS pain scale / M. Bennet // *Pain* 2002; 98 (1—2): 229—231

25. Bouhassira D. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory / D. Bouhassira, N. Attal, J. Fermanian et al. // *Pain*. 2004; 108: 248–257
26. Danilov A. B. Diagnosticheskie shkaly dlja ocenki nevropaticheskoy boli [Diagnostic scales for assessing neuropathic pain] / A. B. Danilov, O. S. Davydov // *Bol [Pain]*. 2007; 3(16):11–15 [in Russian]
27. Galer B. Pain Assessment in Clinical Trials / B. Galer, M. Jensen et al. 2003. [Electronic resource]. URL: www.painedu.org/downloads/nipc/pain_assessment_scales.pdf (accessed: 14.11.2020)
28. Shevtsova G.E. Kognitivno-povedencheskaja terapija kak komponent mezhdisciplinarnoj programmy lechenija posleoperacionnoj neopkologicheskoy boli [Cognitive-behavioral therapy as a component of an interdisciplinary program for the treatment of postoperative non-oncological pain] / G. E. Shevtsova, A. I. Isaykin, V. A. Parfenov // *Rossijskij zhurnal boli [Russian Journal of Pain]*. 2018; (1):64-9 [in Russian]
29. Brühl C.A. Combined Cognitive-Behavioural and Physiotherapeutic Therapy for Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome (COMBI-CPPS): study protocol for a controlled feasibility trial / C.A. Brühl, S.G.R. Klotz, C. Dybowski et al. // *Trials*. 2018 Jan 9;19(1):20. DOI: 10.1186/s13063-017-2387-4.
30. Gusev YE.I. Nevrologija: nacional'noe rukovodstvo [Neurology: a national guide] / E. I. Gusev, A. N. Kononov, V. I. Skvortsova. 2nd ed. Vol. 1. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 880 p. [in Russian]
31. Davydov O.S. Nevropaticheskaja bol': klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju Rossijskogo obshhestva po izucheniju boli [Neuropathic pain: clinical recommendations for the diagnosis and treatment of the Russian Society for the Study of Pain] / O. S. Davydov, N. N. Yakhno, M. L. Kukushkin // *Rossijskij zhurnal boli [Russian Journal of Pain]*. 2018;(4):5–41 [in Russian]
32. Carmel M. Pudendal nerve neuromodulation with neurophysiology guidance: a potential treatment option for refractory chronic pelvi-perineal pain / M. Carmel, M. Lebel, M. Tu le // *Int Urogynecol J*. 2010 May;21(5):613-6. DOI: 10.1007/s00192-009-1054-z. Epub 2009 Dec 12.
33. Robert R. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation / R. Robert, J.J. Labat, M. Bensignor et al. // *Eur Urol*. 2005 Mar;47(3):403-8. DOI: 10.1016/j.eururo.2004.09.003