

С.О. Шурпяк

Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького

УДК: 618.13-009.7-036.12-07

## МЕТОДИ ОЦІНКИ ЕТІОЛОГІЇ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ В ЖІНОК У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Резюме.** Хронічний тазовий біль на сьогодні залишається надзвичайно актуальною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Через безліч причин він створює складні фізичні та психічні проблеми зі здоров'ям для мільйонів жінок. При цьому вплив на сімейні стосунки та суспільне життя жінок є величезним, оскільки цим жінкам важко підтримувати якість життя, одночасно справляючись зі своїм станом. Унаслідок цього на індивідуальному рівні хронічний тазовий біль часто призводить до років непрацездатності та страждань із втратою роботи, сімейними проблемами й розлученням. Менеджмент пацієнток із хронічним тазовим болем є серйозною проблемою як для лікарів, так і для пацієнток, зокрема через терміни встановлення діагнозу. Коли біль стає хронічним станом, його складніше оцінити та лікувати. Однією з основних проблем є мультиетіологічність цього стану. Через це пацієнток слід обстежувати як на гінекологічні, так і на негінекологічні захворювання. При цьому затримки та неправильні діагнози призводять до значного розчарування пацієнток і недовіри до лікарів. На жаль, це також призводить до значного прогресування симптоматики тазового болю, що, у свою чергу, зумовлює необхідність поліетіологічної діагностики на етапі первинного обстеження пацієнток в умовах сімейної медицини. Окрім цього, важливо пам'ятати про психологічний комфорт пацієнток і необхідність встановлення довірчих стосунків між пацієнткою та лікарем. Для цього пацієнтки із тазовим болем повинні підлягати поглибленому аналізу анамнезу та фізикальному огляду, що дозволяє полегшити локалізацію причини болю. Методи візуалізації та лабораторні дослідження можуть допомогти в диференційній діагностиці та наступних кроках для інвазійної діагностики й лікування.

**Ключові слова:** хронічний тазовий біль, методи візуалізації, УЗД, МРТ, діагностика тазового болю.

Хронічний тазовий біль є серйозною проблемою, яка вражає жінок будь-якого віку. Переважно страждає вікова категорія від 16 до 35 років із загальносвітовою поширеністю від 5,7 до 26,6% [1-3]. Хронічний тазовий біль визначається як постійний або періодичний біль тривалістю щонайменше шість місяців, який виникає в нижній частині живота та є досить сильним, щоб викликати функціональну інвалідність або потребувати лікування [4-8].

Оскільки біль, який має хронічний характер, не легко діагностувати та досить важко вилікувати, пацієнтки з хронічним тазовим болем часто відчують розчарування медичною системою, яка, можливо, не змогла адекватно діагностувати й лікувати їхній стан у минулому. Саме тому першочерговим завданням для лікаря є визначення цілі й плану взаємодії з пацієнткою, при цьому важливо розуміти та враховувати очікування пацієнток на ранньому етапі. Крім цього, необхідно зважати на те, що дана категорія пацієнток потребує мультидисциплінарної діагностики та використання різних методів лікування, що, у свою чергу, зумовлює необхідність мультидисциплінарного підходу до даної групи пацієнток.

### Збір анамнезу

Важливим етапом діагностики та менеджменту пацієнток із хронічним тазовим болем є ретельний збір і вивчення анамнезу.

Під час першої зустрічі з пацієнткою обов'язково дозвольте їй розказати свою історію, ставлячи відкриті запитання. Якість взаємодії між пацієнткою і лікарем корелює з кращим одужанням та оцінкою болю [9-12].

Важливо враховувати психологічний стан пацієнток, оскільки пацієнтки з хронічним тазовим болем часто відчують ті чи інші психологічні проблеми, зокрема депресивні настрої та тривогу. Встановлення довіри та відчуття безпеки сприятиме ефективній співпраці між пацієнткою та лікарем у досягненні спільної мети. Короткі, але часті візити на початку процесу лікування також можуть допомогти побудувати ці взаємовідносини.

Під час первинного збору анамнезу в пацієнтки з хронічним тазовим болем має бути не виявлення єдиної причини болю, а натомість визначення факторів, які можуть сприяти їй. З цією метою анамнез, який надає пацієнтка, має важливе значення. Інструмент оцінки болю, такий як мнемонічний опитувальник PQRST (паліативний/провокуючий, якість, ділянка та іррадіація, тяжкість, час), дозволяє пацієнткам згадати й охарактеризувати елементи свого болю [13, 14]. Щоб полегшити збір анамнезу, слід використовувати спеціалізовані інструменти оцінки, наприклад форму, розроблену Міжнародним товариством тазового болю [15]. Однак цю форму не слід використовувати

вати замість збору анамнезу. У розкладі лікаря має бути виділено достатньо часу для зустрічі та огляду цих пацієнток. Подальше спостереження з короткими інтервалами може допомогти переконатися, що всі фактори, що сприяють виникненню болю, були оцінені.

Окрім зазначених вище моментів, необхідно обговорити діагностичний план та попередні методи лікування, які використовувалися. Під час обговорення попередніх методів лікування корисно визначити, якими були очікування пацієнтки щодо кожного з описаних планів лікування. Однак, незважаючи на це, нереально очікувати, що один метод лікування полегшить увесь біль, оскільки хронічний біль часто є багатофакторним. Якщо пацієнтка очікує саме цього, вона, імовірно, вважатиме лікування невдалим, оскільки не позбулася болю. Саме тому важливо, щоб пацієнтка і лікар визначили цілі та методи лікування спільно, на початковому етапі. Необхідно пояснити пацієнтці, що метою може бути не повне полегшення болю, а зменшення його впливу на повсякденне життя, що значно сприятиме встановленню пацієнткою і лікарем відповідних цілей лікування. Слід задокументувати всі поточні та минулі медикаментозні терапії, які використовувалися для полегшення болю, а в разі припинення використання будь-яких ліків варто також зазначити тривалість використання, результати й причини припинення [16].

Окремим напрямком, на який потрібно звернути увагу при розмові з пацієнткою, є репродуктивний та гінекологічний анамнез. Якщо пацієнтка народжувала, слід зазначити результат кожної вагітності та деталі, пов'язані із пологами, визначити часові зв'язки між болем і пологами. У пацієнток з ускладненими або оперативними пологами необхідно звернути увагу на наявність рубцевих змін та дисфункції тазового дна [17].

Обговорення функціональних проблем, таких як післяпологова дисфункція сечового міхура, кишківника або сексуальна дисфункція, також може звузити диференційну діагностику.

При зборі гінекологічного анамнезу важливо з'ясувати зв'язок болю з менструальним циклом. Якщо біль корелює з початком менструації, варто розглянути можливість візуалізації під час менструального циклу пацієнтки. При цьому важливо зібрати детальну інформацію про гінекологічну патологію, яку перенесла пацієнтка, зокрема про методи лікування, що застосовувалися. Так, наприклад, у пацієнток після двосторонньої овариєктомії зі скаргами на циклічний абдомінальний біль слід розглянути можливість оцінки на наявність синдрому залишкового яєчника [18-20]. Вивчення сексуального анамнезу також є важливим аспектом діагностики, проте слід враховувати, що багато пацієнток не розповідають про проблеми в цій сфері, якщо їх про це прямо не запитати. Водночас біль під час статевого акту та біль під час

оргазму можуть допомогти у визначенні етіології хронічного тазового болю.

Ще одним напрямком обстеження пацієнток із хронічним тазовим болем є збір психологічного анамнезу, оскільки жінки, у яких діагностовано хронічний тазовий біль, мають більшу частоту психологічних розладів [21-23]. Пацієнтки можуть неохоче обговорювати дану тему, оскільки це означає, що біль «увесь в її голові». Однак лікарю важливо з'ясувати, чи має пацієнтка фактори психологічного неблагополуччя, зокрема депресію, тривожність, суїцидальні нахили [4]. Інструменти скринінгу, такі як опитувальники General Anxiety Disorder-7 та Patient Health Questionnaire 4, можна використовувати під час зустрічі з пацієнтками, щоб швидко оцінити наявність в анамнезі депресії або посттравматичного стресового розладу. Окрім цього, важливо з'ясувати історію сексуального або фізичного насильства пацієнтки, оскільки, за даними досліджень, особи з хронічним тазовим болем частіше стикалися з проявами сексуально-го та фізичного насильства [24-26].

#### Диференціація етіологічних факторів

Оскільки хронічний тазовий біль може мати кілька етіологічних чинників як генітального, так і екстрагенітального походження, важливо оцінювати потенційні негінекологічні джерела болю (табл.), що, у свою чергу, зумовлює необхідність використання мультидисциплінарного підходу до менеджменту пацієнток із хронічним тазовим болем, який передбачає залучення суміжних спеціалістів для консультації. При цьому важливо обговорити з пацієнткою наявність в анамнезі епізодів фіброміалгії, скелетно-м'язового болю, синдрому подразненого кишечника, синдрому болючого сечового міхура, дисфункції тазового дна та сексуальної дисфункції. Особливу увагу слід приділити інформації щодо конкретних методів лікування, які застосовувалися в минулому, оскільки це може допомогти у визначенні подальшої стратегії лікування. Розуміння попереднього анамнезу пацієнтки є важливим для формування диференційного діагнозу та прийняття рішень щодо подальшого обстеження.

#### Фізикальне обстеження пацієнток

Після ретельного збору анамнезу лікар повинен перейти до частини візиту, присвяченого фізикальному обстеженню. Важливо починати обстеження з найменш болючих ділянок. Також слід пояснити пацієнтці цілі обстеження та повідомити про те, що відбуватиметься перед обстеженням. Пацієнтка має знати, що, хоча мета не полягає в тому, щоб відтворити біль, деякі елементи обстеження можуть спровокувати больові подразники. Якщо це станеться, пацієнтку потрібно запевнити, що вона може вимагати припинення обстеження та, можливо, продовження в інший день, якщо це необхідно.

**Таблиця. Екстрагенітальна патологія, яка може спричинити хронічний тазовий біль**

Урологічна патологія	Скелетно-м'язова патологія	Шлунково-кишкова патологія	Інша патологія
Рак сечового міхура	Міофасціальний біль черевної стінки	Хронічна переміжна кишкова непрохідність	Защемлення черевного шкірного нерва в хірургічному рубці
Хронічна інфекція сечовивідних шляхів	Хронічний куприковий біль	Коліт	Абдомінальна епілепсія
Інтерстиціальний цистит	Здавлення поперекових хребців	Карцинома товстої кишки	Абдомінальна мігрень
Променевий цистит	Дегенеративне захворювання суглобів	Закрепи	Біполярні розлади особистості
Рецидивуючий, гострий цистит	Кили міжхребцевих дисків	Дивертикулярна хвороба	Депресія
Рецидивуючий, гострий уретрит	Розтягнення сухожилля прямого м'яза	Кила	Сімейна середземноморська лихоманка
Каміні в нирках	Погана постава	Запальні захворювання кишківника	Неврологічна дисфункція
Негальмовані скорочення сечового міхура	Фіброміозит	Синдром подразненого кишківника	Порфірія
Карункул уретри	Міалгія тазового дна		Оперізувальний герпес
Дивертикул уретри	Біль у попереку		Порушення сну
Уретральний синдром	Розтягнення м'язів		Соматичні порушення

Адаптовано з Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101(3):594-611.

Обстеження має проводитися поетапно. При цьому спостереження за пацієнткою, коли вона переходить з одного положення в інше, може дати ключ до розуміння джерела болю. Клініцист і пацієнтка повинні підтримувати комунікацію протягом усього процесу, обговорюючи важливі питання на кожному етапі. Важливо з'ясувати, чи викликає якась частина обстеження біль у пацієнтки. Розуміння та знання локалізації болю можуть допомогти визначити потенційну етіологію, а також сприяти лікареві в розробці ефективного плану лікування.

Починаючи з візуального огляду, необхідно оглянути хребет і переконатися у відсутності серйозних дефектів. Якщо в пацієнтки немає ознак деформації, потрібно оцінити її поставу в положенні сидячи, а потім ще раз у положенні стоячи. У випадках, коли є підозра, що джерело болю локалізовано в опорно-руховому апараті, до плану менеджменту необхідно включити консультацію профільного спеціаліста.

При оцінці черевної порожнини необхідно перевірити наявність хірургічних рубців на шкірі. Значні дефекти й ретракція шкіри можуть свідчити про глибокі рубці та злуковий процес. Це важливо враховувати, якщо пацієнтка повідомляє, що біль у неї виник після хірургічного втручання. Під час пальпації необхідно оцінити наявність об'ємних утворень черевної стінки. У пацієнток з операціями на матці в анамнезі (наприклад, кесарів розтин, міомектомія) і циклічним болем у животі слід запідозрити наявність ендометріозу черевної стінки та провести обстеження під час менструації.

Огляд малого таза може бути найбільш стресовою частиною візиту для пацієнтки, тому його слід проводити в останню чергу. На початку необхідно провести візуальну оцінку зовнішніх статевих органів, відмічаючи будь-які ознаки травм або рубців. Біль, пов'язаний із неправильно загоєними акушерськими розривами, може призвести до значного тазового болю та диспареунії. Після завершення зовнішнього огляду лікар повинен перейти до внутрішнього. Необхідно зібрати матеріал для виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом. Слід звернути увагу на будь-які рубці або дефекти шийки матки. Одним пальцем оглядають м'язи тазового дна, матково-крижові зв'язки, бічні стінки піхви та шийку матки. При цьому пацієнтка повинна повідомити про появу больових відчуттів.

#### Методи візуалізації

Візуалізація органів малого таза є важливим компонентом оцінки хронічного тазового болю, що може виявити структурні ураження, які сприяють появі симптомів у пацієнтки. Вибір методу візуалізації повинен ґрунтуватися на анамнезі пацієнтки та результатах фізикального обстеження. УЗД та магнітно-резонансна томографія є чудовими методами для оцінки м'яких тканин малого таза при дослідженні хронічного тазового болю. Комп'ютерна томографія (КТ) має обмежену цінність, тому її слід використовувати помірковано.

Ультразвукове дослідження (УЗД) дозволяє визначити різноманітні структурні ураження в мат-

ці, яєчниках і навколишніх структурах, які можуть сприяти хронічному тазовому болю. До 20% пацієнток, які проходять ультразвукове дослідження з приводу хронічного тазового болю, матимуть виявлену патологію [27-29]. Це обстеження, як правило, прийнятне для пацієнток, хоча невелика група жінок може не завершити дослідження через дискомфорт від трансвагінального датчика. Знахідки при УЗД можуть вказувати на такі стани, як ендометріоз або злукова хвороба тазових органів, які сприяють появі симптомів у пацієнтки, та допомогати в плануванні лікування [27, 30]. Також корисною може бути додаткова підготовка кишківника пацієнтки за допомогою проведення мікроклізми напередодні проведення дослідження, що може збільшити ефективність при діагностиці глибокого інфільтративного ендометріозу ректосигмоподібної ділянки та матково-крижових зв'язок [35].

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є корисним доповненням для оцінки хронічного тазового болю, її слід призначати на основі анамнезу та фізикального огляду. МРТ надає додаткову інформацію про м'які тканини малого таза і може бути більш чутливою за ультразвукове дослідження для виявлення аденоміозу та ендометріозу [31-34]. Незважаючи на те, що МРТ, як і УЗД, не може виявити перитонеальний ендометріоз, цей метод дозволяє діагностувати глибокий інфільтративний ендометріоз з ураженням кишківника та малого таза, що може не візуалізуватися за допомогою трансвагінального УЗД.

### Лабораторні показники

Лабораторні дослідження, як правило, мають обмежене використання для оцінки хронічного тазового болю. Найбільш часто вони відіграють допоміжну роль при виключенні оборотних або супутніх причин болю [35-37].

### Інвазивні методи діагностики

Інвазивні методи діагностики необхідно розглядати як додатковий метод дослідження, який не може застосовуватися до всіх пацієнток. Оскільки суто діагностична цінність даних методів при хронічному тазовому болю є відносно низькою, у більшості випадків ці методи використовуються не як суто діагностичні, а як діагностично-лікувальні [38].

### **Висновки**

Хронічний тазовий біль є складним мультиетіологічним станом, який потребує ретельної оцінки. Збір детального анамнезу, який включає історію специфічного болю пацієнтки, акушерський і гінекологічний анамнез, а також детальний хірургічний анамнез та історію лікування, є важливим для формування оптимального плану менеджменту пацієнтки.

При цьому залучення пацієнтки до розробки плану діагностики та лікування показує свою ефективність при менеджменті даної категорії хворих.

## **Список використаної літератури**

1. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996;87(03):321-327
2. Schmitt CM, Marfurt-Russenberger K, Amsler F, Gantenbein AR. Prevalence and associated factors of chronic pelvic pain in women. A population-based survey. *Swiss Med Wkly.* 2004;134(39-40):547-551.
3. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006;6:177.
4. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101(03):594-611.
5. Williams RE, Hartmann KE, Steege JF. Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):686-691.
6. Lamvu G. Role of hysterectomy in the treatment of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2011;117(05):1175-1178.
7. Gerlinger C, Geraedts K, Kempfert C, et al. Hysterectomy and chronic pelvic pain: a systematic review. *J Pain Res.* 2017;10:601-611.
8. Lamvu G, Feranec J, Blanton E. Long-term outcome after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):871-877.
9. Frantsve LM, Kerns RD. Patient-provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Med.* 2007;8(01):25-35.
10. Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA. Patient-provider interactions in the management of acute pain: a narrative review. *Pain Med.* 2010;11(10):1531-1546.
11. Townsend CO, Kerkvliet JL, Bruce BK, et al. A longitudinal study of the efficacy of a comprehensive pain management program in the treatment of chronic pain. *Pain.* 2004;109(1-2):127-133.
12. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(09):1423-1433.
13. Powell RA, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell FN. Pain history and pain assessment. In: Kopf A, Patel NB, eds. *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings.* Seattle, WA: International Association for the Study of Pain; 2010:67-78.
14. Turk DC, Okifuji A. Assessment of patients' pain: a practical guide to measurement in clinical practice. *Lancet.* 1999;353(9168):1784-1788.
15. The International Pelvic Pain Society. Research Committee. Pelvic Pain Assessment Form. Birmingham, Alabama: The International Pelvic Pain Society. Available at: [https://www.pelvicpain.org/IPPS/Professional/Documents-Forms/IPPS/Content/Professional-Patients/Documents\\_and\\_Forms.aspx?hkey=2597ab99-df83-40ee-89cd-7bd384efed19](https://www.pelvicpain.org/IPPS/Professional/Documents-Forms/IPPS/Content/Professional-Patients/Documents_and_Forms.aspx?hkey=2597ab99-df83-40ee-89cd-7bd384efed19). Accessed July 13, 2018
16. World Health Organization 2016 WHO guidelines for the treatment of Genital Herpes Simplex Virus. Available at: <http://who.int/reproductivehealth/publications/rtis/genital-HSV-treatment-guidelines/en/>. Accessed November 1, 2018

17. O'Connell CM, Ferone ME. Genital herpes: approaches to diagnosis and management. *Clin Obstet Gynecol.* 2013 Sep;56(3):621-8. doi:10.1097/GRF.0b013e31829d68e2. PMID: 23835547.
18. Steege JF, Siedhoff MT. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2014; 124(03):616-629.
19. Lim YK, Lee SH, Yoon BS, et al. Ovarian remnant syndrome after laparoscopic oophorectomy in a patient with endometrioma. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(3):380-382.
20. Boyraz G, Basaran A, Salman MC, et al. Bilateral ovarian remnant syndrome after salpingo-oophorectomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(4):727-729.
21. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry.* 1988;145(01):75-80.
22. Li W, Liang C, Zhang X, et al. Association of anxiety and depression with pelvic pain in women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020;3(5):e205202.
23. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(4):317.e1-317.e8.
24. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol.* 1994;84(02):193-199.
25. Poleshuck EL, Green CR. Social context and sexual functioning in women with chronic pelvic pain: a preliminary examination. *Pain Med.* 2008;9(6):760-768.
26. Fritz J, Fritsch J, Leroi AM, et al. Prevalence of sexual abuse among women seeking chronic pelvic pain therapy. *J Reprod Med.* 1996;41(8):567-572.
27. Okaro E, Condous G, Khalid A, et al. The use of ultrasound-based 'soft markers' for the prediction of pelvic pathology in women with chronic pelvic pain—can we reduce the need for laparoscopy? *BJOG.* 2006;113(03):251-256.
28. Wong V, Davy C, Zakhour M, et al. Diagnostic accuracy of ultrasound markers for endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(3):342-351.
29. Sayasneh A, Tsvios D, Crawford R. The role of ultrasound in the diagnosis of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(5):657-668.
30. Reid S, Lu C, Harris A, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019;54(5): 647-658.
31. Champaneria R, Abedin P, Daniels J, Balogun M, Khan KS. Ultrasound scan and magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: systematic review comparing test accuracy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(11):1374-1384.
32. Ramin S, Saeedi H, Rafiei F, et al. Magnetic resonance imaging and ultrasonography in diagnosis of chronic pelvic pain. *J Res Med Sci.* 2019;24:50.
33. Rofaiei G, Guirguis N, Gul A, et al. Role of Magnetic Resonance Imaging (MRI) in Chronic Pelvic Pain. *Cureus.* 2019;11(4):e4378.
34. Hudelist G, English J, Thomas AE, Tinelli A, Singer CF, Keckstein J. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(03):257-263.
35. Harmanli OH, Cheng GC, Nyirjesy P. Ovarian remnant syndrome and elevated follicle-stimulating hormone levels after hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2000;96(5 Pt 2):844-6.
36. Wiskind AK, Creinin MD. Elevated follicle-stimulating hormone levels after hysterectomy and ovarian conservation. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(5 Pt 2):817-9.
37. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1998;70(06):1101-1108.
38. Donnez O, Roman H. Choosing between laparoscopy and imaging to diagnose endometriomas. *Fertil Steril.* 2018;109(3):424-5.

## METHODS OF ASSESSING THE ETIOLOGY OF CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

S.O. Shurpyak

**Abstract.** Chronic pelvic pain remains a major public health problem worldwide. For a variety of reasons, it creates complex physical and mental health problems for millions of women. The impact on women's family relationships and social lives is enormous, as these women struggle to maintain a quality of life while coping with their condition. As a result, at the individual level, chronic pelvic pain often leads to years of disability and suffering, with job loss, family problems, and divorce. The management of patients with chronic pelvic pain is a major challenge for both clinicians and patients, not least because of the delay in diagnosis. When pain becomes chronic, it is more difficult to assess and treat. One of the main challenges is the multi-etiology of the condition. For this reason, patients should be evaluated for both gynecological and non-gynecological conditions. At the same time, delays and incorrect diagnoses lead to significant patient frustration and distrust of doctors. Unfortunately, this also leads to significant progression of pelvic pain symptoms, which in turn necessitates the need for polyetiological diagnosis at the stage of the initial examination of patients in family medicine settings. In addition, it is important to remember the psychological comfort of patients and the need to establish a trusting relationship between the patient and the doctor. In this case, patients with pelvic pain should undergo an in-depth history and physical examination, which makes it easier to localize the cause of the pain. Imaging methods and laboratory tests can help in differential diagnosis and the next steps for invasive diagnosis and treatment.

**Keywords:** chronic pelvic pain, imaging methods, ultrasound, MRI, pelvic pain diagnosis.

**Для цитування:** Шурпяк СО. Методи оцінки етіології хронічного тазового болю в жінок у практиці сімейного лікаря. *Практикуючий лікар*, 2025, №1, с. 36-40. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-1.36.

**Адреса для листування:** Шурпяк Сергій Олександрович, shurpyak\_serhiy@yahoo.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, Львів, 79010.

**Інформація про авторів:** Шурпяк Сергій Олександрович, д-р мед. наук, професор кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-5445-6375.

**Особистий внесок:** Шурпяк С.О. – написання статті.

**Фінансування:** Немає джерел фінансування.

**Декларація:** Немає конфлікту інтересів.

**Проходження статті:** Надійшла до редакції 03.02.2025 р., прийнята на друкування 10.02.2025 р., надрукована 31.03.2025 р.

**For citation:** Shurpyak SO. Methods of assessing the etiology of chronic pelvic pain in women in the practice of a family doctor. *The Practitioner*, 2025, №1, p. 36-40. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-1.36.

**Correspondence address:** Shurpyak S., shurpyak\_serhiy@yahoo.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Pekarska str., 69, Lviv, 79010, Ukraine.

**Information about the authors:** Shurpyak Serhiy, MD, PhD, professor of the department of family medicine Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-5445-6375.

**Personal contribution:** Shurpyak SO — writing an article.

**Funding:** No sources of funding.

**Declaration of Ethics:** No conflict of interest.

**Article:** Received 03.02.2025, accepted 10.02.2025, published 31.03.2025.