

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113> EDN: SIMCOM**ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ЧАСТОТА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН И НЕДООЦЕНКА ЖАЛОБ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Научная статья

Карданова М.Х.¹, Кутешат С.А.^{2,*}²ORCID : 0009-0007-9832-9398;^{1,2} Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (sultan.qutishat[at]mail.ru)

Предложена: 07.07.2026; Принята: 10.08.2026; Опубликовано: 17.08.2026

Аннотация

Актуальность. Хроническая тазовая боль (ХТБ) — одна из наиболее частых причин обращения женщин репродуктивного возраста за медицинской помощью, при этом её гинекологическая природа нередко не распознаётся на этапе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) вследствие недостаточной настороженности врачей и ограниченной доступности гинекологического осмотра.

Цель — оценить частоту гинекологических причин ХТБ и степень недооценки жалоб на уровне ПМСП, а также факторы, ассоциированные с задержкой направления к гинекологу.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 250 пациенток с жалобами на тазовую боль длительностью ≥6 месяцев, обратившихся на уровень ПМСП: демографические и клинические характеристики, показатели маршрутизации (фиксация жалобы, гинекологический осмотр и ультразвуковое исследование на ПМСП, направление к гинекологу) и исходы специализированного обследования. Группы сравнивались с помощью критерия χ^2 и U-критерия Манна–Уитни ($p < 0,05$).

Результаты. Гинекологический осмотр на ПМСП выполнен лишь у 51,2% пациенток, направление к гинекологу оформлено у 57,2%, боль расценена как психогенная без дообследования у 28,8%. Из 153 осмотренных гинекологом (61,2%) причина боли подтверждена у 93 (60,8%; 37,2% всей выборки); ведущие диагнозы — эндометриоз (32,3%) и спаечный процесс органов малого таза (21,5%). Недооценка жалобы зафиксирована у 61,6% пациенток; среди женщин с изначально психогенной трактовкой боли, впоследствии осмотренных гинекологом, причина выявлена в 70,0% случаев. Недооценка значимо связана с более низкой удовлетворённостью ведением на ПМСП (2,49 против 3,16 балла; $p < 0,001$), но не с длительностью боли, показателями визуальной аналоговой шкалы или местом проживания.

Выводы. Гинекологическая причина ХТБ выявляется более чем у трети пациенток ПМСП, а свыше 60% случаев сопровождаются недооценкой жалобы — прежде всего необоснованной психогенной трактовкой и отсутствием своевременного направления к гинекологу. Необходимо внедрение структурированных диагностических алгоритмов и повышение гинекологической настороженности врачей первичного звена.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, эндометриоз, первичная медико-санитарная помощь, недооценка жалоб, гинекологические заболевания, диагностическая задержка.

CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: THE PREVALENCE OF GYNAECOLOGICAL CAUSES AND THE UNDERESTIMATION OF SYMPTOMS AT PRIMARY CARE LEVEL

Research article

Kardanova M.K.¹, Quteshat S.A.^{2,*}²ORCID : 0009-0007-9832-9398;^{1,2} Kabardino-Balkarian State University named after H. M. Berbekov, Nalchik, Russian Federation

* Corresponding author (sultan.qutishat[at]mail.ru)

Suggested: 07.07.2026; Accepted: 10.08.2026; Published: 17.08.2026

Abstract

Relevance. Chronic pelvic pain (CPP) is one of the most common reasons why women of reproductive age seek medical help; however, its gynaecological nature is often not recognised at the primary healthcare stage (PHC) due to a lack of clinical suspicion on the part of doctors and limited access to gynaecological examinations.

The aim is to evaluate the prevalence of gynaecological causes of lower abdominal pain and the extent to which such symptoms are underestimated at the PHC level, as well as the factors associated with delays in referral to a gynaecologist.

Materials and methods. A retrospective analysis was conducted of data from 250 female patients complaining of pelvic pain lasting ≥6 months who sought care at primary healthcare centres: demographic and clinical characteristics, referral pathways (recording of complaints, gynaecological examination and ultrasound at the PHC centre, referral to a gynaecologist) and outcomes of specialist assessment. The groups were compared using the χ^2 test and the Mann–Whitney U test ($p < 0,05$).

Results. A gynaecological examination at the PHC centre was carried out in only 51,2% of patients; a referral to a gynaecologist was issued for 57,2%; and pain was classified as psychogenic without further investigation in 28,8%. Of the 153 patients examined by a gynaecologist (61,2%), the cause of pain was confirmed in 93 (60,8%; 37,2% of the total sample); the

leading diagnoses were endometriosis (32,3%) and pelvic adhesive process (21,5%). Underestimation of the complaint was recorded in 61,6% of patients; among women whose pain was initially interpreted as psychogenic but who were subsequently examined by a gynaecologist, the cause was identified in 70,0% of cases. Underestimation is significantly associated with lower satisfaction with primary healthcare management (2,49 versus 3,16 points; $p < 0,001$), but not with the duration of pain, visual analogue scale or place of residence.

Conclusion. A gynaecological cause of CPP is identified in more than a third of patients in primary healthcare, and over 60% of cases are accompanied by an underestimation of the patient's symptoms — primarily due to an unfounded psychogenic interpretation and a failure to refer the patient to a gynaecologist in a timely manner. There is a pressing need to introduce structured diagnostic algorithms and to raise gynaecological awareness among primary care doctors.

Keywords: chronic pelvic pain, endometriosis, primary healthcare, underestimation of symptoms, gynaecological conditions, diagnostic delay.

Введение

Хроническая тазовая боль определяется как непрерывная или циклически рецидивирующая боль в области таза продолжительностью не менее 6 месяцев, не связанная исключительно с беременностью, и является одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачам различных специальностей [1]. По данным систематических обзоров, распространённость ХТБ среди женщин репродуктивного возраста в общей популяции варьирует от 14 до 24%, что делает её одной из значимых проблем общественного здравоохранения [2].

Значительная часть случаев ХТБ имеет гинекологическую природу: наружный генитальный эндометриоз, аденомиоз, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, спаечный процесс, миома матки и синдром венозного полнокровия малого таза составляют основной перечень нозологий, требующих специализированного гинекологического обследования для верификации диагноза [3]. Вместе с тем диагностика этих состояний нередко откладывается на годы: по данным зарубежных исследований, средняя задержка постановки диагноза эндометриоза от момента появления первых симптомов составляет от 4 до 11 лет [4].

Первичное звено здравоохранения играет ключевую роль в маршрутизации пациенток с тазовой болью, поскольку именно врач общей практики или терапевт чаще всего оказывается первым специалистом, к которому обращается женщина с данной жалобой [5]. Однако ограниченное время приёма, недостаточная гинекологическая настороженность и склонность интерпретировать хроническую боль как проявление тревожно-депрессивных расстройств без объективного обследования органов малого таза способствуют формированию феномена, который в литературе обозначается как недооценка (underestimation) гинекологических жалоб на уровне ПМСП [6].

Недооценка жалобы может проявляться разными способами: отсутствием фиксации боли как самостоятельной клинической проблемы, отказом от гинекологического осмотра или ультразвукового исследования органов малого таза, необоснованной психогенной трактовкой боли без дообследования, а также отсутствием или неоправданной отсрочкой направления к гинекологу [7]. Совокупность подобных практик приводит к формированию так называемого «диагностического круга» — повторных, клинически непродуктивных обращений пациентки без установления окончательного диагноза, что негативно сказывается на её физическом и психоэмоциональном состоянии, а также на удовлетворённости медицинской помощью [8].

Несмотря на очевидную клиническую и социальную значимость проблемы, количественные данные о частоте гинекологических причин ХТБ и степени недооценки соответствующих жалоб именно на уровне первичного звена остаются немногочисленными, а имеющиеся исследования преимущественно выполнены на зарубежных выборках с иной организацией первичной медицинской помощи [9], [10]. Это определяет актуальность настоящего исследования, целью которого явилась оценка частоты гинекологических причин хронической тазовой боли и степени недооценки соответствующих жалоб на этапе первичного звена, а также анализ факторов, ассоциированных с диагностической задержкой и удовлетворённостью пациенток оказанной медицинской помощью.

Методы и принципы исследования

Дизайн исследования. Выполнен ретроспективный одномоментный (кросс-секционный) анализ структурированного набора клинических данных 250 пациенток репродуктивного возраста, обратившихся на уровень первичной медико-санитарной помощи с жалобами на тазовую боль продолжительностью не менее 6 месяцев, что соответствует общепринятому критерию хронизации болевого синдрома [1], [11].

Критерии включения и характеристика выборки. В анализ включались женщины репродуктивного возраста с документированной жалобой на тазовую боль длительностью ≥ 6 месяцев. Для каждой пациентки регистрировались демографические характеристики (возраст, индекс массы тела, тип населённого пункта проживания, семейное положение, уровень образования, паритет), клинические характеристики боли (длительность, интенсивность по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) 0–10 баллов, характер боли по связи с менструальным циклом, наличие дисменореи и диспареунии), а также результаты скрининга тревожно-депрессивных нарушений.

Показатели маршрутизации на уровне ПМСП. Отдельный блок переменных отражал ведение пациентки на этапе первичного звена: факт фиксации жалобы как самостоятельной клинической проблемы, выполнение гинекологического осмотра врачом общей практики/терапевтом, назначение ультразвукового исследования органов малого таза, трактовку боли как психогенной/функциональной без дополнительного обследования, факт и сроки направления к гинекологу (в неделях от момента первичного обращения).

Показатели специализированного обследования и исходов. Для пациенток, осмотренных гинекологом (включая случаи самостоятельного обращения, минуя направление с уровня ПМСП), фиксировались факт выявления гинекологической причины боли, основной верифицированный диагноз, метод верификации (клинически, по данным ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии органов малого таза или диагностической

лапароскопии), назначенное лечение, число повторных визитов без установленного диагноза и удовлетворённость пациентки ведением на ПМСП по шкале Лайкерта (1–5 баллов).

Композитный индикатор недооценки жалобы. С учётом рекомендаций по оценке качества первичной помощи при хронической боли [6], [7] был использован композитный бинарный индикатор недооценки жалобы, отражающий совокупность признаков неоптимального ведения пациентки на уровне ПМСП (отсутствие фиксации жалобы, отсутствие гинекологического осмотра и/или направления к гинекологу, необоснованная психогенная трактовка боли без дообследования).

Статистический анализ. Количественные переменные описывались как среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$), категориальные переменные — как абсолютные и относительные частоты (n , %). Сравнение количественных показателей между группами (по критерию недооценки жалобы и по критерию наличия гинекологической причины) проводилось с помощью U-критерия Манна–Уитни в связи с отклонением распределения ряда переменных от нормального. Сравнение категориальных переменных выполнялось с использованием критерия χ^2 Пирсона с построением таблиц сопряжённости. Критический уровень статистической значимости был принят равным $p < 0,05$.

Основные результаты

Общая характеристика выборки. В исследование включено 250 пациенток репродуктивного возраста, средний возраст составил $33,6 \pm 7,0$ года, средний индекс массы тела $-24,6 \pm 4,0$ кг/м². Большинство пациенток проживали в городской местности (64,8%) и состояли в браке или партнёрских отношениях (56,8%); высшее образование имели 43,6% женщин. Средняя длительность болевого синдрома на момент обращения составила $28,7 \pm 15,7$ месяца, средняя интенсивность боли по ВАШ $-6,2 \pm 1,6$ балла, что соответствует боли умеренной и выраженной интенсивности. Дисменорея отмечалась у 58,8% пациенток, диспареуния — у 42,4%, положительный результат скрининга тревожно-депрессивных нарушений — у 30,4% (табл. 1).

Таблица 1 - Клинико-демографическая характеристика пациенток

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.1>

Показатель	Значение
Возраст, лет ($M \pm SD$)	$33,6 \pm 7,0$
Индекс массы тела, кг/м ² ($M \pm SD$)	$24,6 \pm 4,0$
Проживание в городской местности, n (%)	162 (64,8)
Замужем / состоит в партнёрстве, n (%)	142 (56,8)
Высшее образование, n (%)	109 (43,6)
Длительность болевого синдрома, мес ($M \pm SD$)	$28,7 \pm 15,7$
Интенсивность боли по ВАШ, баллы ($M \pm SD$)	$6,2 \pm 1,6$
Дисменорея, n (%)	147 (58,8)
Диспареуния, n (%)	106 (42,4)
Положительный скрининг тревожно-депрессивных нарушений, n (%)	76 (30,4)
Число обращений к врачу общей практики / терапевту ($M \pm SD$)	$4,4 \pm 2,0$
Повторные визиты без установленного диагноза ($M \pm SD$)	$1,6 \pm 1,4$
Удовлетворённость ведением на ПМСП, баллы 1–5 ($M \pm SD$)	$2,7 \pm 0,9$

Примечание: $n=250$

Маршрутизация пациенток на уровне первичного звена. Жалоба на тазовую боль была зафиксирована как самостоятельная клиническая проблема в медицинской документации лишь у 165 пациенток (66,0%). Гинекологический осмотр на приёме врача общей практики/терапевта был выполнен только у 128 женщин (51,2%), а ультразвуковое исследование органов малого таза на уровне ПМСП назначено у 118 (47,2%). У 72 пациенток (28,8%) боль была расценена как психогенная/функциональная без проведения дополнительного обследования органов малого таза. Направление к гинекологу с уровня ПМСП было оформлено у 143 пациенток (57,2%); среди направленных средний срок ожидания консультации гинеколога составил $12,2 \pm 7,1$ недели (медиана 10,0 недели), что свидетельствует о существенной организационной задержке в маршрутизации (рис. 1).

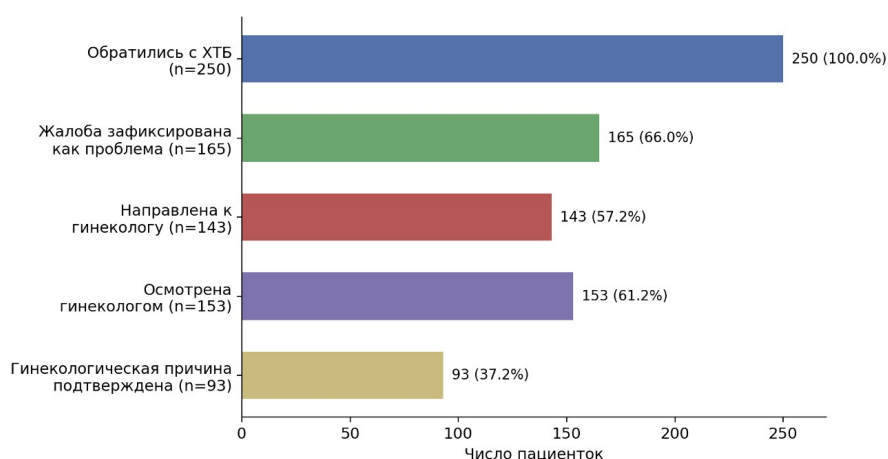


Рисунок 1 - Маршрутизация пациенток с хронической тазовой болью на уровне первичного звена здравоохранения
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.2>

Примечание: n=250

Частота выявления гинекологических причин боли. Всего гинекологом (включая случаи самостоятельного обращения, минуя направление с уровня ПМСП) были осмотрены 153 пациентки (61,2% выборки); 97 женщин (38,8%) за весь период наблюдения гинекологом осмотрены не были. Среди осмотренных гинекологическая причина боли была подтверждена у 93 пациенток (60,8% от осмотренных, 37,2% от всей выборки), тогда как у 60 пациенток (39,2% от осмотренных) убедительных гинекологических причин боли выявлено не было. В структуре подтверждённых диагнозов преобладал наружный генитальный эндометриоз -30 случаев (32,3% от n=93), далее следовали спаечный процесс органов малого таза — 20 случаев (21,5%), хронические воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингоофорит) — 15 случаев (16,1%), миома матки — 11 случаев (11,8%), аденомиоз -9 случаев (9,7%) и синдром венозного полнокровия малого таза — 8 случаев (8,6%) (рис. 2). Диагностическая лапароскопия как метод верификации диагноза выполнена у 39 пациенток (15,6% выборки).

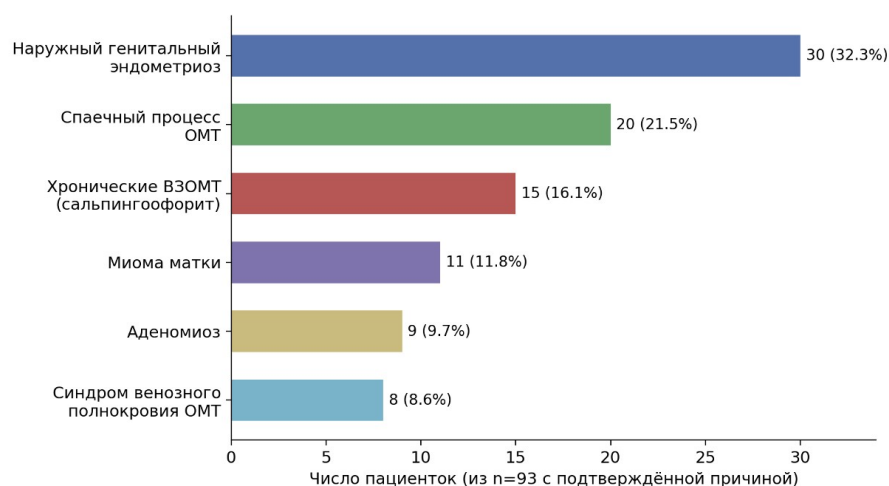


Рисунок 2 - Структура подтверждённых гинекологических причин хронической тазовой боли
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.3>

Примечание: n=93

Связь маршрутизации с вероятностью выявления причины боли. Анализ таблиц сопряжённости показал, что среди пациенток, направленных к гинекологу с уровня ПМСП (n=143), гинекологическая причина боли была подтверждена у 75 (52,4%), не подтверждена у 50 (35,0%), а 18 пациенток (12,6%) на момент анализа так и не были фактически осмотрены гинекологом, несмотря на оформленное направление. Среди пациенток, не направленных к гинекологу (n=107), лишь 28 (26,2%) были осмотрены гинекологом самостоятельно (по собственной инициативе), из них у 18 (64,3% от осмотренных в этой подгруппе) была выявлена гинекологическая причина боли, тогда как подавляющее большинство — 79 женщин (73,8%) — за весь период наблюдения гинекологом обследованы не были (табл. 2). Обращает на себя внимание, что среди 72 пациенток, боль которых была изначально расценена как психогенная на уровне ПМСП, 40 (55,6%) всё же были впоследствии осмотрены гинекологом, и у 28 из них (70,0%) была

подтверждена гинекологическая причина боли, что указывает на значительную долю ошибочной психогенной трактовки исходно органической патологии.

Таблица 2 - Сопряжённость факта направления к гинекологу и исхода специализированного обследования

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.4>

Направлен е к гинекологу с уровня ПМСП	Причина подтверждена		Не обследована		Причина не выявлена		Всего
	п	%	п	%	п	%	
Направлена (n=143)	75	52,4	18	12,6	50	35,0	143
Не направлена (n=107)	18	16,8	79	73,8	10	9,4	107

Клинические предикторы наличия гинекологической причины. При сравнении пациенток с подтверждённой и неподтверждённой гинекологической причиной боли (среди осмотренных гинекологом, n=153) статистически значимых различий по интенсивности боли по ВАШ (6,19 против 6,32 балла; $p=0,603$), по наличию дисменореи (χ^2 ; $p=0,589$), диспареунии (χ^2 ; $p=0,345$) или по характеру боли в связи с менструальным циклом (χ^2 ; $p=0,938$) выявлено не было. Это свидетельствует о том, что клиническая картина боли сама по себе не позволяет достоверно дифференцировать пациенток с органической гинекологической патологией от пациенток без таковой без проведения объективного гинекологического обследования, что дополнительно подчёркивает необходимость инструментальной верификации диагноза.

Недооценка жалобы и её ассоциации. Композитный индикатор недооценки жалобы на уровне ПМСП был зарегистрирован у 154 пациенток (61,6% выборки). Недооценка жалобы не была статистически значимо связана с длительностью болевого синдрома (28,3 против 29,4 месяца; $p=0,913$), числом повторных визитов без установленного диагноза (1,56 против 1,57; $p=0,935$), типом населённого пункта проживания (χ^2 ; $p=0,461$) или результатом скрининга тревожно-депрессивных нарушений (χ^2 ; $p=0,298$). Вместе с тем недооценка жалобы была статистически значимо ассоциирована с более низкой удовлетворённостью пациенток ведением на ПМСП: средний балл удовлетворённости составил 2,49 в группе с недооценкой против 3,16 балла в группе без недооценки ($p<0,001$) (табл. 3, рис. 3).

Таблица 3 - Показатели ведения пациенток в зависимости от наличия недооценки жалобы на ПМСП

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.5>

Показатель	Недооценка выявлена (n=154)	Недооценка не выявлена (n=96)	p
Удовлетворённость ведением на ПМСП, баллы 1–5 (М)	2,49	3,16	<0,001
Повторные визиты без диагноза (М)	1,56	1,57	0,935
Длительность боли, мес (М)	28,3	29,4	0,913

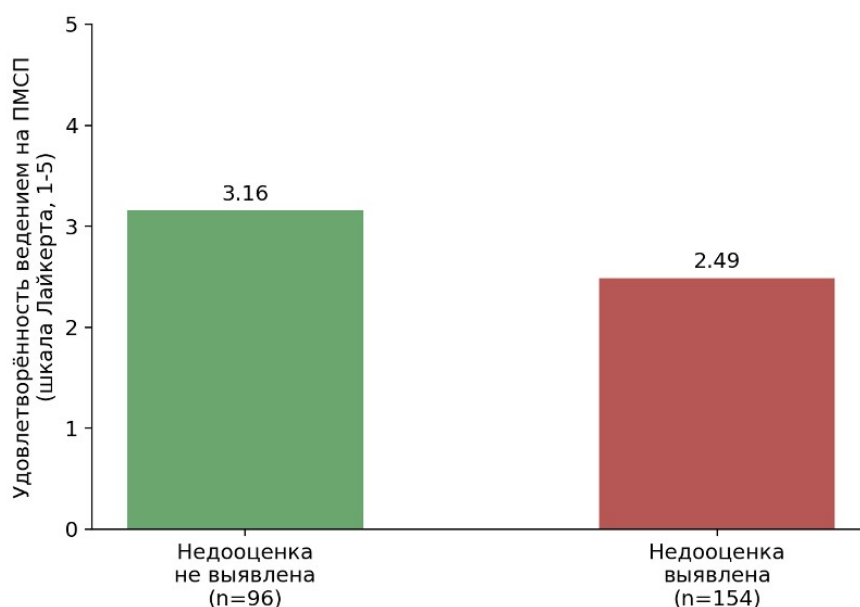


Рисунок 3 - Удовлетворённость пациенток ведением на первичном звене здравоохранения в зависимости от недооценки жалобы

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.6>

Примечание: U-критерий Манна–Уитни, $p < 0,001$

Обсуждение

Полученные результаты демонстрируют, что гинекологическая причина хронической тазовой боли верифицируется более чем у трети (37,2%) пациенток, обращающихся на уровень первичного звена, а среди фактически осмотренных гинекологом доля подтверждённых диагнозов достигает 60,8%, что в целом согласуется с данными зарубежных когортных исследований, указывающих на высокую долю органической гинекологической патологии среди женщин с ХТБ, направленных на специализированное обследование [3], [9].

Наиболее клинически значимым результатом представляется выявленный масштаб недооценки жалобы на уровне ПМСП: лишь у половины пациенток был выполнен гинекологический осмотр на первичном приёме, а почти треть женщин получила психогенную трактовку боли без объективного обследования органов малого таза. При этом среди тех пациенток с психогенной трактовкой, которые всё же были впоследствии обследованы гинекологом, органическая причина боли подтвердилась в 70% случаев — эта диспропорция указывает на систематическую тенденцию к преждевременной психологизации тазовой боли без исчерпывающего исключения гинекологической патологии, что согласуется с описанным в литературе феноменом диагностической стигматизации хронической тазовой боли у женщин [6], [8].

Отсутствие статистически значимой связи между клинической картиной боли (интенсивностью по ВАШ, наличием дисменореи или диспареунии) и вероятностью выявления гинекологической причины подчёркивает ограниченную диагностическую ценность изолированной клинической оценки боли без инструментального обследования и указывает на необходимость более низкого порога для направления к гинекологу и/или назначения ультразвукового исследования органов малого таза уже на этапе первичного приёма [5], [10].

Средний срок ожидания консультации гинеколога после направления (12,2 недели) представляется клинически значимым, учитывая, что подавляющее большинство пациенток к моменту обращения на ПМСП уже имели длительность боли, исчисляемую годами. Подобные организационные задержки описаны и в зарубежных исследованиях, посвящённых диагностике эндометриоза, где совокупная задержка постановки диагноза от появления симптомов нередко достигает нескольких лет и складывается как из позднего обращения пациенток, так и из задержек на уровне системы здравоохранения [4], [9].

Выявленная статистически значимая связь между недооценкой жалобы и более низкой удовлетворённостью пациенток ведением на ПМСП согласуется с представлением о том, что качество коммуникации и своевременность диагностических действий врача первичного звена являются важными детерминантами удовлетворённости медицинской помощью независимо от объективной тяжести заболевания [7], [8]. Отсутствие связи недооценки с числом повторных визитов без диагноза может объясняться тем, что часть пациенток после нескольких безрезультатных обращений на ПМСП самостоятельно обращается за специализированной помощью, минуя формальное направление, что также было продемонстрировано в настоящем анализе.



Ограничения исследования. Ретроспективный дизайн и одномоментный характер анализа не позволяют установить причинно-следственные связи между показателями маршрутизации и клиническими исходами. Использование композитного индикатора недооценки жалобы, хотя и отражает совокупность признанных в литературе маркеров неоптимального ведения пациентки, обладает определённой степенью условности и требует дальнейшей валидации на независимых выборках. Кроме того, анализ выполнен на основе структурированных данных одного набора наблюдений, что ограничивает возможность обобщения результатов на популяции с иной организацией первичной медицинской помощи и требует подтверждения в проспективных многоцентровых исследованиях [10], [11].

Заключение

1. Гинекологическая причина хронической тазовой боли подтверждается у 37,2% пациенток, обращающихся на уровень первичного звена здравоохранения, и у 60,8% пациенток, фактически осмотренных гинекологом, при этом ведущими диагнозами являются наружный генитальный эндометриоз (32,3%) и спаечный процесс органов малого таза (21,5%).

2. Композитный индикатор недооценки гинекологической жалобы на уровне первичного звена регистрируется у 61,6% пациенток, что проявляется прежде всего отсутствием гинекологического осмотра (48,8% случаев), необоснованной психогенной трактовкой боли без дообследования (28,8%) и отсутствием своевременного направления к гинекологу (42,8%).

3. Клиническая картина боли (интенсивность по ВАШ, наличие дисменореи и диспареунии) не обладает самостоятельной диагностической ценностью для дифференцировки гинекологической и негинекологической природы хронической тазовой боли, что обосновывает необходимость обязательного инструментального обследования органов малого таза на этапе первичного звена.

4. Недооценка жалобы статистически значимо ассоциирована со снижением удовлетворённости пациенток ведением на первичном звене здравоохранения ($p < 0,001$), что указывает на клиническую и социальную значимость своевременной и адекватной диагностической тактики при хронической тазовой боли.

5. Полученные данные обосновывают целесообразность разработки и внедрения структурированных диагностических алгоритмов маршрутизации пациенток с хронической тазовой болью на уровне первичного звена здравоохранения, включающих обязательный гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза и чёткие критерии направления к гинекологу.

Конфликт интересов

Не указан.

Conflict of Interest

None declared.

Рецензия

Ефременко Е.С., Омский государственный медицинский университет, Омск Российская Федерация
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.7>

Review

Efremenko E.S., Omsk State Medical University, Omsk Russian Federation
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.170.113.7>

Список литературы / References

1. Гинекология : национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова [и др.]. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 1008 с.
2. Latthe P. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity / P. Latthe, M. Latthe, L. Say [et al.] // BMC Public Health. — 2006. — Vol. 6. — Art. 177.
3. Zondervan K.T. Endometriosis / K.T. Zondervan, C.M. Becker, S.A. Missmer // The New England Journal of Medicine. — 2020. — Vol. 382. — № 13. — P. 1244–1256.
4. Nnoaham K.E. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries / K.E. Nnoaham, L. Hummelshoj, P. Webster [et al.] // Fertility and Sterility. — 2011. — Vol. 96. — № 2. — P. 366–373.
5. As-Sanie S. Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis / S. As-Sanie, R. Black, L.C. Giudice [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2019. — Vol. 221. — № 2. — P. 86–94.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic Pelvic Pain : ACOG Practice Bulletin № 218 // Obstetrics & Gynecology. — 2020. — Vol. 135. — № 3. — DOI: 10.1097/AOG.0000000000003716.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain : Green-top Guideline № 41. — London : RCOG Press, 2012. — 32 p.
8. Клинические рекомендации «Эндометриоз». — Москва : Министерство здравоохранения Российской Федерации; Российское общество акушеров-гинекологов, 2020. — 55 с.
9. Адамян Л.В. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике: вопросы диагностики и маршрутизации пациенток / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, И.А. Аполихина [и др.] // Проблемы репродукции. — 2021. — Т. 27. — № 4. — С. 6–15.
10. Радзинский В.Е. Гинекология : учебник / В.Е. Радзинский, А.М. Фукс. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 1040 с.
11. World Health Organization. Endometriosis : Fact sheet. — Geneva : WHO, 2023. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis> (accessed: 17.08.2026).
12. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review / A. Ahangari // Pain Physician. — 2014. — Vol. 17. — № 2. — DOI: 10.36076/ppj.2014/17/E141.

**Список литературы на английском языке / References in English**

1. Ginekologiya : natsional'noye rukovodstvo [Gynecology : national guideline] / edited by G.M. Savelyeva, G.T. Sukhikh, V.N. Serova [et al.]. — 3rd ed., rev. and add. — Moscow : GEOTAR-Media, 2022. — 1008 p. [in Russian]
2. Latthe P. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity / P. Latthe, M. Latthe, L. Say [et al.] // BMC Public Health. — 2006. — Vol. 6. — Art. 177.
3. Zondervan K.T. Endometriosis / K.T. Zondervan, C.M. Becker, S.A. Missmer // The New England Journal of Medicine. — 2020. — Vol. 382. — № 13. — P. 1244–1256.
4. Nnoaham K.E. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries / K.E. Nnoaham, L. Hummelshoj, P. Webster [et al.] // Fertility and Sterility. — 2011. — Vol. 96. — № 2. — P. 366–373.
5. As-Sanie S. Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis / S. As-Sanie, R. Black, L.C. Giudice [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2019. — Vol. 221. — № 2. — P. 86–94.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic Pelvic Pain : ACOG Practice Bulletin № 218 // Obstetrics & Gynecology. — 2020. — Vol. 135. — № 3. — DOI: 10.1097/AOG.0000000000003716.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain : Green-top Guideline № 41. — London : RCOG Press, 2012. — 32 p.
8. Klinicheskiye rekomendatsii "Endometrioz" [Clinical guidelines "Endometriosis"]. — Moscow : Ministry of Health of the Russian Federation; Russian Society of Obstetricians and Gynaecologists, 2020. — 55 p. [in Russian]
9. Adamyan L.V. Khronicheskaya tazovaya bol' v ginekologicheskoy praktike: voprosy diagnostiki i marshrutizatsii patsiyentok [Chronic pelvic pain in gynecological practice: issues of diagnosis and patient routing] / L.V. Adamyan, E.N. Andreyeva, I.A. Apolikhina [et al.] // Problemy reproduksii [Problems of Reproduction]. — 2021. — Vol. 27. — № 4. — P. 6–15. [in Russian]
10. Radzinskiy V.E. Ginekologiya [Gynecology] : textbook / V.E. Radzinskiy, A.M. Fuks. — Moscow : GEOTAR-Media, 2021. — 1040 p. [in Russian]
11. World Health Organization. Endometriosis : Fact sheet. — Geneva : WHO, 2023. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis> (accessed: 17.08.2026).
12. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review / A. Ahangari // Pain Physician. — 2014. — Vol. 17. — № 2. — DOI: 10.36076/ppj.2014/17/E141.