Интегрированный подход к лечению хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста

К.м.н. Н.В. МОСКОВЕНКО[1], д.м.н., проф. Г.Б. БЕЗНОЩЕНКО[2]

Integrated approach to treating chronic pelvic pain in reproductive-age women

N.V. MOSKOVENKO, G.B. BEZNOSHCHENKO

[1]Городская больница №2, Омск (гл. врач — Н.Ю. Юргель); [2]кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного образования (зав. — проф. Е.Н. Кравченко) Омской государственной медицинской академии

Цель настоящего исследования — улучшение результатов лечения хронической тазовой боли у женщин на фоне хронического неспецифического сальпингоофорита и хронического цистита. Обследована 91 женщина репродуктивного возраста, страдающая тазовой болью. Исследование продемонстрировало значительную частоту выявления воспалительных заболеваний внутренних гениталий, мочевого пузыря, опорно-двигательного аппарата, тазового венозного полнокровия. Отмечено, что хроническая тазовая боль у женщин сопровождается нарушением вегетативного баланса, повышением активности регуляторных систем и психоэмоциональными расстройствами, в структуре которых преобладают тревожно-депрессивные состояния. Определено влияние выявленных нарушений на важнейшие категории качества жизни. Показана значимая роль нарушений гемодинамики, микроциркуляции и патологии мышечных структур таза в формировании болевого синдрома. Для лечения этой категории пациенток разработана комплексная программа с применением преформированных физических факторов и лечебной физической культуры, использование которой позволило сократить сроки лечения, снизить частоту рецидивов болевого синдрома и дизурии, достичь стойкой ремиссии.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, хроническая тазовая боль, хронический неспецифический сальпингоофорит, хронический цистит, традиционная терапия, лечебная физическая культура, преформированные физические факторы.

This study was undertaken to improve the results of treatment for chronic pelvic pain in women with chronic nonspecific salphingo-oophoritis and chronic cystitis. Ninety-one reproductive-age women with pelvic pain were examined. The examination demonstrated the significant detection rate of inflammatory diseases of internal genitals, urinary bladder, and locomotor apparatus and pelvic venous plethora. Chronic pelvic pain in the women was noted to be accompanied by impaired autonomic balance, increased activity of regulatory systems, and psychoemotional disorders, in whose pattern there was a preponderance of anxiety and depressive disorders. The detected disorders were found to affect the most important correlates of quality of life. Hemodynamic and microcirculatory disorders and abnormal pelvic muscle structures were shown to be of importance in the development of pain syndrome. To treat this category of patients, the author developed a comprehensive program using preformed physical factors and therapeutic exercises, the implementation of which could reduce the duration of treatment and the rate of relapses of pain syndrome and dysuria and achieve persistent remission.

Key words: reproductive-age women, chronic pelvic pain, chronic nonspecific salpingo-oophoritis, chronic cystitis, traditional therapy, therapeutic exercises, preformed physical factors.

В процессе эмбриогенеза тазовые органы образуют единую анатомическую систему с общей иннервацией, крово- и лимфообращением [3]. Возможно, поэтому в клинической практике наблюдаются в основном сочетанные заболевания органов малого таза; при этом у женщин, как правило, первично поражаются органы репродуктивной системы с последующим вовлечением в патологический процесс мочевыводящих путей. Сочетание различных анатомо-морфологических вариантов гинекологических заболеваний, экстрагенитальной тазовой патологии и урологических нарушений с присоединением синдрома взаимного отягощения обусловливает разнообразие клинических проявлений [1, 10]. Однако, несмотря на это, ведущую роль играют хронические тазовые боли, дизурические явления, психоэмоциональные нарушения и синдром вегетативной дисфункции [5, 11].

Хроническая боль оказывает негативное влияние на здоровье женщины и качество жизни. Однажды возникнув, она приводит к нарушениям в системе регуляции болевой чувствительности, вызывает особую форму болевого поведения, сохраняющуюся нередко даже при устранении первоначальной причины и сопровождается психоэмоциональными расстройствами, среди которых преобладают тревожно-депрессивные состояния [7, 8, 12]. Последние преимущественно носят стертый характер и своевременно не распознаются, имеют выраженные корреляции с дисбалансом вегетативной нервной системы, нередко вуалируются хроническими тазовыми болями и синдромом вегетативной дисфункции [2, 6, 9, 13]. Возникающая симптоматика мнимого обострения заболевания, вызванная данными состояниями, нередко становится основанием для очередного курса терапии. Длительное и бессистемное лечение в свою очередь усугубляет ситуацию, оказывая отрицательное воздействие на психологическое состояние пациентки, вызывая развитие неблагоприятных побочных эффектов [4]. Перечисленные аспек-

© Н.В. Московенко, Г.Б. Безношенко, 2011

e-mail: moskov-antonra@yandex.ru

ты обусловливают трудности диагностики истинных причин страдания и часто наблюдаемые неудовлетворительные результаты лечения.

Цель настоящего исследования — улучшение результатов лечения женщин репродуктивного возраста с тазовой болью на фоне хронических неспецифических сальпингоофоритов, сочетающихся с хроническим циститом.

Материал и методы

Критериями включения в исследование были наличие хронических неспецифических сальпингоофоритов и хронических циститов вне обострения; добровольное согласие на проведение обследования и лечение; отсутствие опухолей и опухолевидных образований яичников, злокачественных новообразований половой сферы. Обследована 91 женщина репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ). Средний возраст пациенток составил 31,6±3,9 года, продолжительность заболевания — 6,5±1,2 года. Пациентки были разделены на две группы: 1-ю (основную) составили 68 пациенток, в комплексной терапии которых, помимо медикаментозных средств, использовались лечебная физическая культура (ЛФК) и внедренные нами преформированные физические факторы, энергия электромагнитно-резонансного излучения — ЭМРИ (1-я подгруппа, 48 женщин) и лазерное воздействие (2-я подгруппа, 20 женщин). В группу сравнения (2-я группа) вошли 23 женщины, получавшие традиционную терапию.

В работе были использованы общепринятые параклинические и специальные методы исследования (эндоскопические, гистологические). Особенности гормонального статуса определяли, исследуя содержание гонадотропных и стероидных гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона на 7—8-й и 20—22-й день менструального цикла). Проводилось сонографическое (ALOKA-3500 с функцией допплерографии) исследование. Состояние микроциркуляции оценивали по данным лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), которую выполняли с использованием лазерного анализатора ЛАКК-02. Состояние вегетативной нервной системы и показатель активности регуляторных систем (ПАРС) оценивали методом определения вариабельности ритма сердца (ВРС) с использованием временно́го и спектрального анализов, кардиоинтервалографии по Р.М. Баевскому. Медико-психологическое обследование женщин включало изучение особенностей личности с помощью классических психодиагностических методик: тестов Айзенка, Смишека, Спилберга—Ханина и степени депрессивных расстройств. Интенсивность боли (БИ — болевой индекс) оценивали по шкалам, включающим оценку нарушения основных категорий качества жизни (КЖ) — физической активности, эмоционального статуса, сна, трудоспособности, семейной и социальной составляющих. Оценку производили в баллах (БИ 0—145). Проводилась статистическая обработка полученных результатов, различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Боли различной степени выраженности, локализующиеся над лобком, в зоне промежности и в области крестца, носили хронический характер и были у всех наблюдаемых; учащенное мочеиспускание и дискомфорт при мочеиспускании отмечены у 87 (95,6%) женщин; 69 (75,8%) пациенток предъявляли жалобы на метеоризм, нарушение эвакуаторной функции кишечника. Клинико-анамнестическое исследование позволило выявить значительную частоту заболеваний желудочно-кишечного тракта, представленных в основном синдромом раздраженного кишечника (59,3%). Остеохондроз поясничнокрестцового отдела позвоночника и тазовый миофасциальный синдром выявлены у 53,8 и 71,4% пациенток соответственно. У каждой второй женщины (53,8%) имелись признаки вегетативной дисфункции. Сочетанные заболевания гениталий отмечены у 68 (74,2%) наблюдаемых пациенток, миома матки — у 35 (38,5%), эндометриоз — у 17 (18,7%), пролапс гениталий — у 15 (16,5%). При изучении особенностей менструальной функции установлено, что средний возраст наступления менархе составил 13,0±1,4 года. Продолжительность менструального цикла варьировала в пределах 27—30 дней. Нарушения менструальной функции по типу метроррагий отмечены у 38 (41,8%) женщин, продолжительность менструации при этом составила 5—7 дней; альгодисменорея — у 45 (49,5%). Анализ репродуктивной функции показал, что одну беременность и более имели 52 (57,1%) пациентки; из них 105 (69,5%) беременностей были прерваны путем мини-аборта (25,7%) и методом кюретажа, 7,6% беременностей завершились выкидышем. Осложнения после медицинского аборта возникли у 16 (17,6%) женщин. Паритет родов и абортов составил 1:2,3. Родоразрешение путем кесарева сечения имело место у 4 (7,7%) женщин, разрывы мягких тканей родовых путей (промежности и шейки матки) — у 4,9%, операции на органах малого таза (апоплексия яичника, кисты) — у 6 (6,6%). Бесплодие было отмечено у 24 (26,4%) женщин, из них у 9 (37,5%) — первичное, у 15 (62,5%) — вторичное. Определение содержания гонадотропных и стероидных гормонов выявило наличие дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Во 2-ю фазу менструального цикла у 58 (63,7%) отмечено повышение содержания ЛГ до 48,1±1,42 МЕ/л и ФСГ до 14,52±1,42 МЕ/л у 32 (35,1%) пациенток; содержание пролактина было повышено (676±113,6 мкг/л). Уровень эстрадиола у 26 (28,6%) женщин составил 0,19±0,01 нмоль/л в 1-ю фазу менструального цикла и 0,36±0,03 нмоль/л во 2-ю; у 23 (25,3%) пациенток концентрация прогестерона во 2-ю фазу цикла была снижена и составила 4,1±2,6 нмоль/л.

При гинекологическом обследовании выявлены болезненность в области придатков матки, ограничение их подвижности и увеличение размеров, тяжистость, рубцовые изменения сводов, ретрофлексия матки, незначительное увеличение размеров матки, болезненность стенок таза и крестцово-маточных связок; опущение стенок влагалища. На эхограммах отмечены минимальные изменения в органах малого таза; в частности, в зоне придатков матки определялись преимущественно наличие спаечного процесса (51,6%), незначительное увеличение объема яичников (32,9%), повышение эхогенности и неоднородность их структуры с наличием мелких кистозных включений (46,1%), увеличение размеров матки и наличие мелких миоматозных узлов. Варикозно-расширенные вены в виде анэхогенных образований без пульсовых колебаний, извитой формы диаметром от 5,9±0,8 до 7,6±0,9 мм обнаружены у 38 (41,7%) пациенток; при пробе Вальсальвы наблюдались рефлюксные и ретроградные потоки крови.

Изменения слизистой оболочки мочевого пузыря при цистоскопии, характерные для хронического цистита, выявлены у всех обследованных. Данные подтверждены гистологическими исследованиями биоптатов стенки мочевого пузыря. Следует заметить, что наиболее частым гистологическим вариантом хронического цистита (у 52 больных, 57,1%) являлась плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия. Нарушения микроциркуляции наблюдались у 85 (93,4%) женщин. Интерпретация полученных результатов позволила выявить два основных типа микроциркуляции — гиперемический у 39 (45,8%) пациенток и смешанный — у 29 (34,1%); изменения ангиоспастического и застойного характера отмечены соответственно у 7 (8,2%) и 10 (11,8%) наблюдаемых. Установлено, что возникающие у больных нарушения микроциркуляции на ранних стадиях заболевания носят обратимый характер и поддаются корригирующей терапии. Положительная дыхательная проба отмечена у 57 (67,1%) пациенток.

Анализ результатов ВРС показал, что у 87 (95,6%) пациенток имелось повышение активности регуляторных систем. Умеренное напряжение регуляторных систем (ПАРС 3,5±0,5) наблюдалось у 36 (34,6%) женщин; выраженное напряжение (ПАРС 5,4±0,8) и перенапряжение (ПАРС 7,9±0,5) было отмечено у 24 (23,1%) и 28 (26,9%) пациенток соответственно. Истощение регуляторных систем отмечено у 16 (15,4%) пациенток (ПАРС 9,2±0,2). Смещение вегетативного баланса в сторону превалирования симпатического отдела вегетативной нервной системы выявлено у 65 (74,7%) женщин.

Медико-психологическое обследование показало, что 89 (97,8%) женщин предъявляли жалобы на эмоциональные расстройства (подавленность, пониженное настроение, плаксивость, раздражительность и т.п.). Повышенная нервно-психическая возбудимость имелась у 70 (76,9%) женщин. Умеренная или высокая реактивная тревожность отмечена у 83 (91,2%) наблюдаемых, высокая личностная тревожность — у 29 (31,8%). Легкие депрессивные расстройства и близкие к ним состояния выявлены у 47 (51,6%) пациенток, умеренные — у 19 (20,8%). Уровень депрессивных расстройств у 4 (4,4%) пациенток выходил за рамки легких и умеренных.

Боли легкой интенсивности (БИ 29,4±5,2 балла) наблюдались у 27 (29,6%) женщин, средней (БИ 57,0±1,1 балла) — у 38 (41,7 %), у 19 (20,8 %) пациенток боли носили выраженный характер (БИ — 88,6±10,4 балла), у 7 (7,7%) БИ составил 129,4±6,2 балла. Диапазон оценок КЖ у пациенток варьировал от 9 до 34 баллов. Число случаев тяжелых нарушений КЖ достигло 11,6%, умеренных — 42,9%; остальные женщины оценили нарушения КЖ как легкие. Проведенный корреляционный анализ выявил положительные связи ($p<0,001$) между повышенным тонусом симпатического отдела нервной системы и высокими показателями тревожности в структуре личности, КЖ и реактивной тревожностью ($p<0,01$). Обратная корреляция отмечена между показателями ЛДФ и вариабельностью сердечного ритма ($p<0,05$).

Таким образом, синдром хронической тазовой боли имеет в своей основе несколько причин. В большинстве случаев ведущая роль в развитии процесса принадлежит изменениям тазовой гемодинамики и микроциркуляции. Данная ситуация обусловлена не только структурными изменениями органов малого таза, но и особенностями вегетативного баланса, при которых повышена активность симпатического отдела. Факторами, отягощающими или способствующими развитию болевой симптоматики, являются сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, психоэмоциональные расстройства. Боль обусловлена, несомненно, и наличием плоскоклеточной метаплазии эпителия мочевого пузыря, так как неполноценная слизистая оболочка становится легко проницаемой для токсичных субстанций, находящихся в моче (в основном калия, вызывающего деполяризацию сенсорных нервов и гибель клеток). В то же время причиной болей являются локальные нарушения гемодинамики, венозное полнокровие и наличие тазового неврита. Скелетная мускулатура является причиной болевых синдромов значительно чаще, чем полагалось ранее. Миофасциальные триггерные точки вызывают не только различные по тяжести болевые симптомы, но могут также стать причиной повышенной возбудимости детрузора. Психоэмоциональные расстройства, в основном тревожно-депрессивного характера, оказывают также определенное влияние на течение заболевания, КЖ женщины и тесно связаны с повышенной активностью симпатического отдела вегетативной нервной системы. Расстройства гемодинамики малого таза, дистрофические изменения нервных окончаний, наличие спаечного процесса, вегетативный дисбаланс и психоэмоциональные расстройства могут быть непосредственной причиной нарушения менструальной и репродуктивной функции.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости коррекции выявленных нарушений, совершенствования методов лечения и реабилитации пациенток. Проведенная нами комплексная медикаментозная терапия у пациенток основной группы включала мероприятия, направленные на устранение болевого синдрома и нарушений местной гемодинамики, восстановление уродинамики нижних мочевых путей, коррекцию нарушений вегетативного баланса и психоэмоционального статуса. С целью улучшения местной гемодинамики использовали препараты, повышающие тонус венозных сосудов и устраняющие явления венозного застоя, и средства, улучшающие реологические свойства крови. М-холиноблокаторы (солифенацин) в дозе 5 мг 1 раз в сутки в течение 1—2 мес применяли для устранения симптомов гиперактивности детрузора; никотиноил гамма-аминомасляную кислоту — для нормализации деятельности высших нервных центров вегетативной регуляции, восстановления вегетативного баланса, улучшения артериального кровоснабжения тазовых органов и нормализации тонуса детрузора (20 мг 2 раза в сутки в течение 1—2 мес). В зависимости от характера и степени выраженности нарушений использовали различные психотерапевтические методы (поддерживающая психотерапия, аутогенная релаксация, медитация) и лекарственные препараты (валериану — при легких нарушениях без депрессивных расстройств; антидепрессанты — амитриптилин в дозе 12,5—25 мг/сут — при доминировании депрессивных и тревожных проявлений) и ЛФК.

Купирование болевого синдрома предполагает использование средств, подавляющих синтез и выделение алгогенных веществ: назначались нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак натрия 100 мг ректально). Терапия хронической боли также предполагает ограничение поступления афферентной болевой импульсации в ЦНС и устранение болезненного мышечного

Результаты лечения пациенток, страдающих СХТБ

Показатель	Основная группа в целом (*n*=68)		Основная группа				Группа сравнения (*n*=23)	
			1-я подгруппа (ЭМРИ)		2-я подгруппа (лазертерапия)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Положительная динамика в целом	65	92,6±0,4*	45	93,8±0,5	18	90,0±1,6	16	69,6±2,8
Положительная динамика:								
по данным гинекологического исследования	56	82,4±0,6*	39	81,3±0,9	17	85,0±2,1	17	73,9±2,5
по показателям ЛДФ	58	85,2±0,6*	42	87,5±0,8**	16	80,0±2,5	15	65,2±2,9
по показателям ВРС	52	76,4±3,8*	39	81,3±3,5**	13	65,0±2,5	14	60,8±3,2
Положительная динамика по данным цистоскопии	55	80,8±0,7*	41	85,4±0,9**	14	70,0±2,5	15	65,2±2,3
Уменьшение/исчезновение дизурии и боли к 5-му дню лечения	61	89,7±0,2*	45	93,7±0,5**	16	80,0±3,2	9	39,1±3,1
Частота обострения заболевания (более 2 раз в год)	13	19,1±3,0*	8	16,6±4,2**	5	25,0±3,6	11	47,8±4,5
Восстановление менструальной функции	47	69,2±1,0*	35	72,9±1,3**	12	60,0±4,0	11	47,8±4,5
Продолжительность лечения, дни	11,3±1,3*		9,5±1**		13,1±1,4		14,9±1,7	

Примечание. * — различия показателей основной группы и группы сравнения достоверны ($p<0,05$); ** — различия показателей 1-й и 2-й подгрупп достоверны ($p<0,05$).

напряжения, которые достигаются применением анестетиков. Осуществляли блокаду тазовых миофасциальных триггерных точек и ветвей нижнего подчревного сплетения раствором новокаина (0,5%) или лидокаина (1%). Для устранения патологического мышечного напряжения, являющегося дополнительным источником боли, использовали ЛФК. Нормализацию психоэмоционального состояния проводили с использованием медикаментозных средств и психотерапевтических методов.

Лечение больных основной группы, помимо комплексной медикаментозной терапии, осуществлялось с применением ЭМРИ, лазертерапии и разработанного нами комплекса физических упражнений с элементами постизометрической релаксации. У 45 (93,6%) женщин 1-й основной подгруппы патологической ответной реакции на физиотерапию не наблюдалось. Незначительное ухудшение общего состояния, выражающееся в слабости, головокружении, снижении артериального давления, после первого сеанса отмечено в 3 (6,2%) случаях. Пациенткам 2-й основной подгруппы назначали низкочастотный гелий-неоновый лазер длиной волны 630 нм (точки приложения — передний свод влагалища на 1 см латеральнее шейки матки с обеих сторон; время воздействия 3—5 мин); патологических реакций не наблюдалось. Пациентки группы сравнения получали традиционную терапию с назначением антибактериальных препаратов по показаниям, нестероидных противовоспалительных и симптоматических средств, биостимуляторов, местной терапии.

По окончании лечения выраженная положительная динамика отмечена у женщин основной группы; при этом исчезновение или уменьшение основных симптомов (боль и дизурия), нормализация лабораторных показателей, данных ультразвуковых и эндоскопических исследований, ЛДФ происходила в более короткие сроки; продолжительность лечения сокращалась. Улучшение показателей ВРС, психоэмоционального статуса происходило в течение 6 мес и было более выраженным у женщин основной группы (см. таблицу). По данным опроса, пациентки основной группы реже (в 3,1 раза) предъявляли жалобы на утомляемость, слабость, раздражительность, снижение работоспособности, потребность в дневном отдыхе по сравнению с женщинами, получавшими традиционную терапию (17,3 и 53,6% соответственно).

В отдаленные периоды (через 6 мес и 1,5 года) восстановление менструальной функции произошло у 47 (69,2%) женщин основной группы и у 11 (47,8%) — группы сравнения ($p<0,001$). Реализация репродуктивной функции отмечена у каждой четвертой пациентки основной группы, наблюдавшейся по поводу бесплодия. Сопоставление данных двух подгрупп основной группы показало, что достоверно более выраженной положительная динамика была на фоне терапии с применением ЭМРИ.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при наличии сочетанной патологии матки и ее придатков и заболеваний мочевого пузыря хроническая тазовая боль имеет многофакторную причину, характеризуется длительным и рецидивирующим течением, отличается резистентностью к терапии. Факторами, способствующими неблагоприятному течению заболевания и нарушению КЖ, являются нарушения вегетативного баланса, психоэмоциональные расстройства. Комплексная терапия хронической тазовой боли должна проводиться индивидуально с учетом состояния мочевыделительной системы, вегетативного баланса и психоэмоциональной сферы, особенностей гемодинамики и микроциркуляции.

Выводы

Использование в комплексной терапии хронической тазовой боли факторов физического воздействия и ЛФК позволяет сократить сроки лечения, снизить частоту рецидивов болевого синдрома и достичь стойкой ремиссии, что способствует скорейшему восстановлению трудоспособности и улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Безнощенко Г.Б.* Синдром тазовой боли в клинике консервативной и оперативной гинекологии. Омск 2008;40—96.
2. *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. М: Медицина 1998;6—69.

3. *Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я.* Хронические воспалительные заболевания придатков матки. Витебск 1998;7—76.
4. *Кожушко О.В., Писарчук А.В., Шатило В.Б.* Анализ вариабельности сердечного ритма в клинической практике. Киев 2002;23—56.
5. *Кукушкин М.Л.* Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли. Рус мед журн 2007;15:10:827—832.
6. *Ревина Н.Е.* Вариабельность сердечного ритма как показатель регулирования сердца при эмоциональном напряжении человека. Вестн РАМН 2006;2:41—45.
7. *Савицкий Г.А., Иванова Р.Д.* Хирургическое лечение тазовых болей в гинекологической практике. Ст-Петербург: Элби-СПб 2003;16—76.
8. *Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В., Сидоров В.А.* Особенности микроциркуляции при опущении и выпадении внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста. Акуш и гин 2007;1:39—44.
9. *Уткин Е.В., Кулавский В.И.* Основные причины развития и современные тенденции в клиническом течении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Рос вестн акуш гин 2008;8:1:40—44.
10. *Яворская С.А.* Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в неврологической практике. Рус мед журн 2007;15:5:429—433.
11. *Яроцкая Е.Л.* Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2004;48.
12. *Lucini D., Norbiato G., Clerici V. et al.* Hemodinamic and autonomic edjustmemts to real life stress condition in humans. Hypertension 2002;39:184—188.
13. *Matias S.D., Kuperman M., Liberman R.F. et al.* Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obset Cynecol 1996;87:221—327.