

# ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

УДК 618.134

## ВАРИКОЗНЕ РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Н.В. Дрогомирецька, Н.І. Геник, С.О. Остафійчук  
Івано-Франківський національний медичний університет

## ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Н.В. Дрогомырецькая, Н.И. Генык, С.А. Остафийчук  
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

## PELVIC VARICOSE VEINS: CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

N.V. Drogomyretska, N.I. Henyk, S.O. Ostafiichuk  
Ivano-Frankivsk National Medical University

**Резюме:** Наведено літературний огляд сучасного стану проблеми варикозного розширення вен малого тазу (ВРВМТ). Описані анатомо-фізіологічні особливості венозної системи, етіологія і патогенез тазового варикозу. Відзначено, що основними клінічними проявами ВРВМТ є біль внизу живота і підвищена секреція зі статевих шляхів. Поліморфізм клінічних проявів, відсутність специфічних симптомів робить необхідним обстеження венозної системи малого тазу у всіх жінок з больовим синдромом в нижній частині живота. Висвітлено сучасні методики діагностики та лікування синдрому тазового венозного повнокрів'я.

**Ключові слова:** варикозне розширення вен малого тазу, синдром хронічного тазового болю, синдром тазового венозного повнокрів'я.

**Резюме:** Приведён литературный обзор современного состояния проблемы варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ). Описаны анатомо-физиологические особенности венозной системы, этиология и патогенез тазового варикоза. Отмечено, что основными клиническими проявлениями ВРВМТ является боль внизу живота и повышенная секреция из половых путей. Полиморфизм клинических проявлений, отсутствие специфических симптомов делает необходимым обследование венозной системы малого таза у всех женщин с болевым синдромом в нижней части живота. Освещены современные методики диагностики и лечения синдрома тазового венозного полнокровия.

**Ключевые слова:** варикозное расширение вен малого таза, синдром хронической тазовой боли, синдром тазового венозного полнокровия.

**Summary:** The article provides the literature review on the current state of the issue of the pelvic varicose veins (PVV). There have been described the anatomical and physiological features of the venous system, the etiology and pathogenesis of pelvic varices. It has been stated that the main clinical signs of PVV are the lower abdominal pain and increased secretion from the genital tract. The variety of clinical signs and lack of specific symptoms make it necessary to examine the small pelvis venous system in all the women with pelvic pain syndrome. There have been presented the modern methods of diagnosis and treatment of the pelvic congestion syndrome.

**Keywords:** pelvic varicose veins, chronic pelvic pain syndrome, pelvic congestion syndrome.

Біль в області тазу – це не тільки симптом багатьох захворювань, але й один зі серйозних факторів, що визначають якість життя людини. За даними ВООЗ, кожна п'ята жінка на землі страждає від болю в області тазу. Проблема удосконалення обстеження та лікування жінок із синдромом хронічного тазового болю (ХТБ) залишається однією з головних у сучасній гінекології. Це обумовлено високою частотою даної патології, нез'ясованістю багатьох аспектів патогенезу, супутніми психоемоційними розладами, а також труднощами, які виникають у діагностиці алгогенного фактору та у виборі ефективного лікування. Більшість жінок із хронічним тазовим болем змушені обмежувати свою повсякденну діяльність, 90% з них відчують біль під час статевого акту та майже половина пригнічені або перебувають у депресії протягом певного часу [9, 16, 23, 27].

Термін «хронічний тазовий біль» використовують у разі тривалості болю протягом 6 місяців і більше, при цьому причина, яка зумовила появу больового синдрому може зникнути, тоді як біль утримується. Причини ХТБ різноманітні й одне з провідних місць серед них займає варикозне розширення вен малого тазу (синоніми: тазовий венозний стаз, тазове варикоцеле, тазовий варикоз, варикозна хвороба вен малого тазу, тазова венозна недостатність, синдром тазового венозного повнокрів'я [3, 12, 31]). Вперше дане захворювання в 1975 р. детально описали О. Craig і J. Hobbs, які дали йому поширену в наш час у англомовній літературі

назву «pelvic congestion syndrome», тобто «синдром тазового венозного повнокрів'я» [7]. ВРВМТ є актуальною проблемою акушерства і гінекології. Частота захворювання серед жінок, які звертаються до гінеколога з приводу ХТБ, становить 30% та 15% у загальній популяції, зустрічається у всі основні вікові періоди жінки і не має тенденції до зниження [2, 23, 25, 31]. Актуальність ВРВМТ зумовлена прогресивним перебігом захворювання, який проявляється поступовим зменшенням часу ремісії і наростанням клінічної симптоматики.

На нашу думку, патогенез тазового венозного повнокрів'я до кінця не розкритий. Циркуляція крові по тазовим венам у жінок має ряд особливостей. Відтік венозної крові від утворень промежини забезпечується двома шляхами:

- переважно по матковим венам, які впадають у внутрішні клубові вени;
- додатково по оваріальним венам, які впадають справа безпосередньо в нижню порожнисту, а зліва – в ниркову вени.

Маткові сплетення та їх розгалуження анастомозують з внутрішніми клубовими і оваріальними венами, через тазові колектори вони також з'єднуються з венами статевих губ, промежини, прямої кишки. Пропускна здатність цих анастомозів варіює в широких межах. Венозна система геніталій представляє собою важливий шлях відтоку, який набуває особливого значення при оклюзіях магістральних вен нижніх

кінцівок. На думку P. Langeron, причиною варикозної трансформції вен тазу є підвищення внутрішньосудинного тиску (венозна гіпертензія), яке не компенсується природними механізмами, при цьому розширення тазових венозних сплетінь може відбуватися внаслідок дії двох анатомо-патологічних механізмів:

- здавлення тазових вен ззовні або оклюзія будь-якої варіантальної вени;
- колатералізація кровотоку внаслідок оклюзії магістральних вен нижніх кінцівок (при цьому тазові вени компенсують порушення відтоку) [7, 20, 21].

В.С. Савельєв і співавт. виділяють ряд особливостей колатерального кровообігу при оклюзіях магістральних вен тазу:

- шляхи відтоку представлені колатеральними системами, які складаються з безклапанних судин;
- притоки утворюють як прямі колатеральні системи, так і перехресні (тобто анастомози із судинами протилежної сторони);
- у колатеральному кровообігу беруть участь не лише соматичні (парієтальні) притоки тазових вен, але й вени внутрішніх органів (вісцеральні);
- компенсаторні можливості колатерального кровообігу в даному сегменті зменшуються при напрямку оклюзії від центру до периферії.

При цьому відбувається депонування крові в розширених венах, наслідком чого є розвиток венозного повнокрів'я органів малого тазу [17].

Останнім часом також доведено, що ВРВМТ - прояв системного пошкодження сполучної тканини. Провідною причиною даної патології є дисплазія сполучної тканини (ДСТ). Морфологічна основа ДСТ – зниження вмісту деяких видів колагену або порушення співвідношення між ними, що призводить до зменшення міцності сполучної тканини. За даними літератури, до 35 % практично здорових людей мають ДСТ, 70 % з них – жінки. Це захворювання вважають мультифакторним, основними причинами якого є обтяжений перинатальний анамнез, тератогенна дія на плід, несприятлива екологічна ситуація [8, 15].

До факторів ризику, які провокують розвиток ВРВМТ, відносяться: умови праці (робота, пов'язана з тривалим вимушеним стоячим або сидячим положенням, важка фізична праця), соітус inturgitus, сексуальна дисфункція (диспареунія і відсутність оргазму), чисельні вагітності і пологи, гінекологічні захворювання (запальні захворювання, ендометріоз, пухлини яєчників, пролапс геніталій, перегин широкої зв'язки матки внаслідок рефлексії матки), порушення менструального циклу і гіперестрогенія. В останні роки обговорюється несприятливий вплив гормонально-замісної терапії і контрацепції [1, 2, 36].

У підлітковому віці переважають безсимптомні форми, при яких органічні зміни в венозній системі малого тазу діагностуються при використанні додаткових методів обстеження. Частим і деколи єдиним симптомом ВРВМТ у підлітків можуть бути надмірні слизисті виділення зі статевих шляхів. Саме ці скарги нерідко призводять до необгрунтованого лікування кольпіту. З віком частота больового синдрому прогресивно зростає і вже в репродуктивному віці досягає 92,1 % [14, 22]. Він зберігає провідне місце в клініці тазової венозної недостатності протягом всього життя жінки, в тому числі і в постменопаузі. Слід відзначити, що біль при ВРВМТ є різним і мало специфічним. У літературі його описують як тянучий, ниючий, тупий, «пекучий» з іррадіацією в нижні кінцівки, часто виникає після тривалих статичних і динамічних навантажень, з посиленням у другу фазу менструального циклу [11, 13, 28]. За даними Н.В. Римашевського і співавт. особливою болію при тазовому венозному повнокрів'ї є його посилення при терапії гестагенами. Також у більшості пацієнток спостерігається відчуття важкості в нижніх відділах живота, спричинене венозною гіпер-

тензією [5].

Другим за значенням проявом ВРВМТ є диспареунія (відчуття дискомфорту і болі під час і після статевого акту). За даними В.С. Савельєва, диспареунія може призвести до вагінізму і страху перед статевим актом, які суттєво погіршують психосоматичний стан хворих і часто є причиною сімейних конфліктів [17]. Крім того, ряд авторів вказує на існування прямого зв'язку між венозним застоєм і гінекологічною патологією, яка часто проявляється розвитком вторинних акушерських проблем (безпліддя, невиношування, переривання вагітності), що пов'язано з порушенням кровообігу в тазових органах, які приводять до гіпотрофії матки. Ще одним важливим порушенням діяльності жіночої репродуктивної сфери при ВРВМТ є дисменорея [26, 34].

Приблизно у 50 % пацієнток виявляють варикозне розширення вен промежини, сідничної області і зовнішньої поверхні стегна. В ряді випадків відзначаються дизуричні явища, пов'язані з повнокрів'ям венозного сплетення сечового міхура. А.Н. Scultelusi зіткнувся з появою мікрогематурії у хворих з тазовим венозним повнокрів'ям, зумовленим мезаортальною компресією лівої ниркової вени. P.Langeron вважає, що у деяких пацієнток можуть виникати неврологічні симптоми (так звані медулярні болі, парези і т.п.), зумовлені активною колатералізацією кровообігу при вроджених венозних дисплазіях і посттромбофлебітичній хворобі і, внаслідок цього, розширенням вен спино-мозкового каналу. За даними Г.А. Савіцького, у багатьох хворих можна виявити наявність виражених порушень психічної сфери, які проявляються безсонням, роздратованістю, порушенням працездатності, підвищеною тривожністю, а в більш тяжких випадках – явною або маскованою депресією [10, 30].

Загальнопринятої класифікації ВРВМТ на даний час не існує. В.С. Савельєв і співавт. (2001) використовують клінічну класифікацію, згідно з якою виділяють два варіанти перебігу ВРВМТ:

- 1) варикозне розширення вен промежини і вульви;
- 2) синдром тазового венозного повнокрів'я.

Проте самі автори підкреслюють, що такий розподіл є досить умовним, оскільки більше, ніж у 50 % випадків варикозне розширення вен промежини і вульви провокує порушення відтоку з малого тазу і навпаки [17]. Н.В. Римашевський і співавт. (2001) використовують флебографічну класифікацію для визначення ступеня дилатації вен малого тазу:

- I ступінь – діаметр вени до 5 мм;
- II ступінь - діаметр вени не більше 10 мм;
- III ступінь - діаметр вени більше 10 мм.

А.С. Волков і співавтори (2000) провели серію ультразвукових досліджень у хворих з ВРВМТ, результати якої дозволили виділити три ехографічні варіанти варикозної дилатації вен: 1) магістральний; 2) розсипний; 3) поєднаний (тотальний).

Співставивши флебографічну класифікацію і ехографічні варіанти варикозного розширення тазових вен, А.Е. Волков і співавт. запропонували оригінальну класифікацію ВРВМТ:

- I ступінь – діаметр вени до 5 мм (будь-якого венозного сплетення малого тазу);
- II ступінь - діаметр вени від 6 до 10 мм при тотальному типі варикозного розширення, або при розсипній екстазії яєчникового сплетення, або при варикозному розширенні параметральних вен;
- III ступінь- діаметр вени більше 10 мм. при тотальному типі варикозного розширення або при магістральному типі параметральної локалізації [5].

В останні роки завдяки широкому використанню сучасних методів діагностики різко зросло виявлення ВРВМТ. Першим і обов'язковим етапом в діагностичному алгоритмі є гінекологічне дослідження. Виділяють ряд патогномо-

нічних ознак венозного застою в органах малого тазу. До них належать: збільшена тістуватої консистенції матка, збільшені та полікістозно- зміннені яєчники, гіпертрофована синопішна шийка матки, ціаноз стінок піхви, лейкорей. «Золотим стандартом» в діагностиці тазового варикозу є ультразвукове дослідження (УЗД) венозної системи. При УЗД варикозно розширені вени визначаються як надмірно звивисті, «хробокоподібні», анехогенні структури, які проходять по ребру матки. Варикозне розширення магістральних (внутрішніх клубових) вен зумовлюють появу на ехограмах анехогенних утворень з нечіткими контурами, які проходять по внутрішніх стінках тазу. Основним критерієм флестазу в органах малого тазу є збільшення діаметру основних венозних колекторів: маткових, яйникових, внутрішніх клубових і аркуатних вен. Непрямою ознакою вираженого повнокрив'я у внутрішніх статевих органах є поява в товщі міометрія задньої стінки матки розширених аркуатних вен. Доплерографічне дослідження дозволяє виявити зниження пікової систолічної швидкості у маткових, яйникових і внутрішніх клубових венах [12].

Об'єктивним методом діагностики і варикозного розширення вен малого тазу є ретроградна рентгеноконтрастна флебографія. Абсолютними показаннями до використання цього методу є наступні атіпові форми варикозної хвороби: клубової, сідничної і лобкової ділянок, задньої і внутрішньої поверхонь верхньої третини стегна, статевих органів [19].

Цінність трансматкової флебографії полягає в здатності оцінити стан венозної системи матки і придатків, встановити функціональні можливості клапаної системи, виявити особливості венозного кровотоку на серійних флебограмах, визначити місце розташування тромбів при тромбофлебитах і флеботромбозах, оцінити стан венозних сплетін, вивчити анатомо-топографічні особливості ВРВМТ, оцінити протяжність і стан венозних анастомозів. Протипоказаннями є вагітність і непереносимість йодовмісних препаратів. Флебографія - інвазивний метод дослідження, тому використовувати його слід при неефективності ультразвукових методів [28].

Найбільш об'єктивним методом виявлення клапанної недостатності гонадних вен у наш час є селективна оваріографія. Її виконують шляхом ретроградного контрастування гонадних вен після їх селективної катетеризації через контралатеральну стегнову або підключичну вени. Під час проведення є можливим одночасне виконання лікувальних маніпуляцій (емболізація спіралями Gianturco, введення склерозантів, імплантація ендovasкулярних стентів) [7, 17].

Лапароскопічне дослідження більшістю спеціалістів розглядається як обов'язковий компонент комплексного обстеження хворих з підозрінням на ВРВМТ, його проводять для диференціальної діагностики і виявлення ймовірної інтеркурентної патології. Варикозні вени малого тазу виявляють в ділянці яйників, по ходу круплої і широкої зв'язок матки у вигляді синюшних конгломератів з витонченою і напруженою стінкою. Разом з тим, розвиток ендохірургічних технологій створив об'єктивні передумови не лише для уточнення діагнозу, але й для виконання оперативних втручань з приводу тазового варикозу під час лапароскопії [1].

Комп'ютерну (КТ) і магнітно-резонансну томографію (МРТ) використовують у випадках, які вимагають уточненої діагностики, і перш за все для виключення іншої патології органів малого тазу. Дані методи дозволяють виявити конгломерати варикозно-змінених вен в широкій зв'язці і навколо матки, а також в яйниках. Крім того, КТ і МРТ дозволяють оцінити стан і топографо-анатомічні співвідношення інших органів малого тазу, виявити супутню патологію [3, 27].

Складність діагностики ВРВМТ полягає в тому, що перебіг захворювання часто нагадує запальний процес внутрішніх статевих органів, а проведена рутинна протизапальна

терапія практично завжди є неефективною. Поліморфізм клінічних проявів подібний з таким при ендометріозі, опущенні внутрішніх статевих органів, травматичній нейропатії після операцій на органах малого тазу, а також при деяких екстрагенітальних захворюваннях: циститі, коліті, хворобі Крона, попереково-крижовому радикуліті, невралгії куприкового з'єднання і навіть патології кульшового суглобу [18, 23]. Таким чином, ми вважаємо, що відсутність специфічних симптомів робить необхідним обстеження венозної системи малого тазу у всіх жінок з больовим синдромом в нижній частині живота.

У питаннях лікувальної тактики при ВРВМТ досі немає єдиної точки зору. Етіологічним лікуванням є усунення рефлюксу по гонадних венах, що може проводитись як хірургічним, так і консервативним методом. Основні задачі патогенетичного лікування: відновлення венозного тону, покращення гемодинаміки і трофічних процесів у органах малого тазу.

У комплексній консервативній терапії найчастіше застосовують флеботропні препарати (детралекс, ескузан, анавенол та ін.) і нестероїдні протизапальні засоби. Моно-терапія детралексом рекомендується у випадку виявлення ВРВМТ і за умови відсутності інших захворювань. Для успішного лікування В.Г. Мозес і А.Б. Розенберг вважають за необхідне нормалізувати венозний тонус, покращити гемодинаміку малого тазу усунути больовий синдром. Для цього лікувальний комплекс, крім венотропних препаратів, доповнюють антиагрегантами (трентал), курсами ультразвуку, внутрішньотазовими блокадами з антигіпоксантами (хлорофіліпт) і лікувальною гімнастикою. Терапія сприяє нормалізації венозного кровотоку в маткових венах, збільшенню пікової систолічної швидкості до  $3,4 \pm 2,0$  см/с. Покращення венозного кровотоку органів малого тазу призводить до значного зменшення ступеня варикозного розширення вен [6, 13, 16, 20].

Хірургічне лікування є методом вибору у випадку неефективності консервативної терапії. Одним з перших втручань при ВРВМТ була гістеректомія. Проте до теперішнього часу ця операція набула вже історичного значення і поступилася обґрунтованим й менш травматичним методикам [29]. Другим методом лікування стала операція Кота (резекція затульного нерва), яка не отримала широкого розповсюдження через неефективність внаслідок збереження рефлюксу по тазових венах [7].

Наступним етапом стала розробка резекції гонадних вен. Н.В. Римашевський і співавт. використовували транс-абдомінальний доступ з поперечним надлобковим розрізом. Даний метод не є оптимальним через травматичність і низький косметичний ефект [5].

Останнім часом все більшого значення в лікуванні ВРВМТ набувають ендovasкулярні методи, найбільш поширеним з них є емболізація яйникових вен стальними або нитіоловими спіралями. В цілому результати емболізації більшістю авторів оцінюються як добрі. У більшості пацієнток був отриманий добрий клінічний ефект: зникли диспареунія, хронічні болі і дисменорея [35].

В ролі оперативного лікування О.А. Орловою і співавт. запропонований метод ендovasкулярної оклюзії лівої яйникової вени інструментом типу спіралі А. Giannockas з вираженим лікувальним ефектом [7, 32, 33].

Проведений літературний пошук свідчить про високу частоту ВРВМТ, відсутність чіткого алгоритму обстеження і лікування хворих, що в свою чергу вказує на необхідність подальшого вивчення проблеми діагностики і лікування даної патології.

#### Література

1. Артимук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза / Н.В. Артимук // Российский вестник акушера-гинеколога

- лога. - 2007. - №6. - С. 74-77.
2. Бабалджанова Г.С. Диагностика и лечение варикозного расширения вен малого таза у беременных / Г.С. Бабалджанова, М.Ф. Хабибуллаева // *Здоровье женщины*. - 2009. - №4. - С. 75-77.
  3. Балашов А.В. Клиническая и инструментальная диагностика варикозной болезни вен малого таза / А.В. Балашов, А.В. Каралкин, С.Г. Гаврилов // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. - 2007. - №2. - С. 50-55.
  4. Богачев В.Ю. Варикозная болезнь малого таза // *Consilium medicum*. - 2006. - №1. - С. 20-23.
  5. Варикозная болезнь и репидивирующий флебит малого таза у женщин / [Рымашевский Н.В. Маркина В.В., Волков А.Е., Казарян М.С., Карнушин Е.И., Газдиева З.М., О कोरोков А.А.] - Ростов-на-Дону: РГМУ. 2000 - 115 с.
  6. Веропотвелян П.Н. Варикозная болезнь вен малого таза и ее комплексная терапия с применением венотоников и ангиагрегантов / П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, О.О. Авксентьев, А.С. Шевченко // *Здоровье женщины*. - 2009. - № 6. - С. 136-139.
  7. Гаврилов С.Г. Варикозная болезнь малого таза: современное состояние проблемы / С.Г. Гаврилов, О.И. Бутенко, М.А. Черкашин // *Анналы хирургии*. - 2003. - № 1 - С. 7-12.
  8. Ильина И.Ю. Варикозное расширение вен малого таза у женщин как одно из проявлений дисплазии соединительной ткани / И.Ю. Ильина, Ю.Э. Доброхотова, И.П. Титченко [и др.] // *Российский вестник акушера-гинеколога*. - 2009. - № 2. - С. 39-42.
  9. Лунько Т.А. Комплексне обстеження і лікування жінок з синдромом хронічних тазових болів із застосуванням інтроскопічних технологій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01. «Акушерство» / Т.А. Лунько. - Одеса, 2006. - 22 с.
  10. Майоров М.В. Некоторые особенности патогенеза, диагностики и лечения варикозного расширения вен малого таза у женщин / М.В. Майоров // *Укр. мед. вісник*. - 2006. - № 12. - С. 52-53.
  11. Майоров М.В. Синдром хронических тазовых болей в гинекологической практике / М.В. Майоров // *Провизор*. - 2003. - № 23. - С. 17-19.
  12. Мозес В.Г. Ультразвуковая семиотика варикозного расширения вен малого таза у женщин в основные возрастные биологические периоды жизни / В.Г. Мозес // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. - 2005. - № 6. - С. 33-38.
  13. Мозес В.Г. Лечение варикозного расширения вен малого таза у женщин в пре- и постменопаузе / В.Г. Мозес // *Клиническая геронтология*. - 2006. - № 2. - С. 70.
  14. Мозес В.Г. Применение ультразвука в комплексном лечении варикозного расширения вен малого таза подростков / В.Г. Мозес // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. - 2006. - № 2. - С. 40-41.
  15. Мозес В.Г. Роль системного поражения соединительной ткани в генезе варикозного расширения вен малого таза у женщин / *Гинекология*. - 2005. - № 5-6 - С. 335-337.
  16. Пирогова В.І. Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблем / В.І. Пирогова, С.О. Шурпяк // *Здоров'я України*. - № 1. - С. 9 - 11.
  17. Савельев В.С. Выбор метода лечения варикозной болезни вен малого таза / В.С. Савельев // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. - 2005. - № 6. - С. 24-30.
  18. Суковатых Б.С. Механизмы развития варикозной болезни вен малого таза / Б.С. Суковатых // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2004. - №3. - С. 73-79.
  19. Суковатых Б.С. Диагностика и лечение атипичных форм варикозной болезни вен таза / Б.С. Суковатых // *Вестник хирургии*. - 2008. - №3 - С. 43-45.
  20. Хоменко Н.Е. Варикозная болезнь вен малого таза: этиология, патогенез, диагностика, лечение / Н.Е. Хоменко, Ю.Е. Восканян, С.А. Гаспарян // *Акушерство и гинекология*. - 2006. - № 6. - С. 8-10.
  21. Черкашин М.А. Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин. Новый взгляд – варикозная болезнь вен малого таза / М.А. Черкашин, К.Д. Мурватов // *Российский медицинский журнал* – 2008. - № 29. – С. 1952-1955.
  22. Шибельгуг Н.М. Качество жизни у женщин с варикозной болезнью вен малого таза / Н.М. Шибельгуг, И.С. Захаров, В.Г. Колесникова, Н.Б. Мозес // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2010. - Т. 16, № 2. - С. 50-55.
  23. Ющенко А.Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? / А.Н. Ющенко // *Новости медицины и фармации*. - 2005. - Т. 9, № 169. - С. 14-16.
  24. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study / J. Price, G. Farmer, J. Harris [et al.] // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 2006. - № 113 (4). – P. 446–452.
  25. Bordman R. Below the belt: approach to chronic pelvic pain / R. Bordman, B. Jackson // *Can. Fam. Physician*. – 2006. - № 52 (12). – P. 1556–1562.
  26. Chronic Pelvic Pain / Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process / J.C. Gambone, B.S. Mittman, M.G. Munro, A.R. Scialli, C.A. Winkel // *Fertil. Steril.* – 2002. - № 78 (5). – P. 961–972.
  27. Chronic pelvic pain in the community-symptoms, investigations, and diagnoses / K.T. Zondervan, P.L. Yudkin, M.P. Vessey [et al.] // *A. J. Obstet. Gynecol.* - 2001. - № 184 (6). - P. 1149–1155.
  28. Cody R.F.Jr. Diagnostic value of radiological tests in chronic pelvic pain / R.F.Jr. Cody, S.M. Ascher // *Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* - 2000 - № 14 (3). – P. 433–466.
  29. Effectiveness of hysterectomy / K.H. Kjerulff, P.W. Langenberg, J.C. Rhodes [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2000. - № 95 (3). – P. 319–326.
  30. Hormonal manipulation in women with chronic, cyclic irritable bladder symptoms and pelvic pain / G.M. Lentz, T. Bavendam, M.A. Stenchever, [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2002. - № 186 (6). – P. 1268–1271.
  31. Howard F.M. Chronic pelvic pain / Howard F.M. // *Obstet. Gynecol.* - 2003. - № 101(3). – P. 594–611.
  32. Pelvic congestion syndrome: A new approach to an unusual problem / B.V. Mathis, J.S. Miller, M.L. Luckens, M.V. Paluzzi // *Amer. Surg.* - 2005. - Vol. 61. - P.1016 - 1018.
  33. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database / K.T. Zondervan, P.L. Yudkin, M.P. Vessey [et al.] // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* - 1999. - № 106 (11). – P. 1149–1155.
  34. Selak V. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis / V. Selak, C. Farquhar, A. Prentice, A. Singla // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2001. - № 4. – P. CD000068.
  35. Stones R.W. Interventions for treating chronic pelvic pain in women / R.W. Stones, J. Mountfield // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. - № 4.
  36. Tu F.F., As-Sanie S., Steege J.F. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of diagnosis: part 1. / F.F.Tu, S.As-Sanie, J.F. Steege // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2005. - № 60 (6). – P. 379–385.

Одержано 14.10.2013 року.