

УДК 618.14-007.44:618.13-009.7-036.12

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-2-01>

Взаимосвязь пролапса тазовых органов и хронической тазовой боли у женщин

И. А. Корбут

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Резюме

Цель исследования. Изучить клиническую и патофизиологическую взаимосвязь пролапса тазовых органов (ПТО) и синдрома хронической тазовой боли (ХТБ) у женщин, установить механизмы развития боли, рассмотреть подходы к диагностике и лечению.

Материалы и методы. Проанализированы научные публикации за последние 10 лет, клинические рекомендации, эпидемиологические данные по ПТО и ХТБ за указанный интервал времени. Изучены патофизиологические механизмы (ноцицептивная, нейропатическая боль, центральная сенситизация), классификация Pelvic Organ Prolapse-Quantification (POP-Q), методы диагностики (ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, уродинамика).

Результаты. Выявлена многофакторная связь ПТО и ХТБ: у 30–50 % женщин с пролапсом развивается хроническая боль через механические (растяжение фасций), компрессионные (сдавление нервов), нейровоспалительные механизмы. В лечении этой патологии эффективны упражнения Кегеля, пессарии, а также перспективно использование антидепрессантов (дулоксетин, вортиоксетин) при сочетании ХТБ с депрессивными расстройствами.

Заключение. В терапии указанных заболеваний требуется мультидисциплинарный персонализированный подход. Антидепрессанты демонстрируют эффективность при центральной сенситизации и психоэмоциональных нарушениях, сопровождающих ХТБ при ПТО.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, хроническая боль, тазовая боль, женщины

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Корбут ИА. Взаимосвязь пролапса тазовых органов и хронической тазовой боли у женщин. Проблемы здоровья и экологии. 2026;23(2):07–14. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-2-01>

Relationship between pelvic organ prolapse and chronic pelvic pain in women

Irina A. Korbut

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Abstract

Objective. To study clinical and pathophysiological relationship between pelvic organ prolapse (POP) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) in women, to identify pain development mechanisms, and to consider diagnostic and treatment tactics.

Materials and methods. Scientific publications for the past 10 years, clinical guidelines, and epidemiological data on POP and CPPS were analyzed for a given time frame. Pathophysiological mechanisms (nociceptive, neuropathic pain, central sensitization), POP-Q classification, diagnostic methods (ultrasound, MRI, urodynamics) were studied.

Results. Multifactorial POP-CPPS relationship was identified: chronic pain through mechanical (fascia stretching), compressive (nerve compression), neuroinflammatory mechanisms develop in 30–50% of women with prolapse. Kegel exercises and pessaries are effective in treating this condition, as well as the use of antidepressants (duloxetine, vortioxetine) when CPPS is combined with depressive disorders.

Conclusion. A multidisciplinary, personalized approach is required in the treatment of these conditions. Antidepressants are shown to be effective in treating central sensitization and psychoemotional disturbances accompanying CPPS in POP.

Keywords: pelvic organ prolapse, chronic pain, pelvic pain, female

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Korbut IA. Relationship between pelvic organ prolapse and chronic pelvic pain in women. Health and Ecology Issues. 2026;23(2):07–14. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-2-01>

Введение

Пролапс тазовых органов (ПТО, тазовая десценция) представляет одну из наиболее актуальных медицинских проблем в гинекологической практике, существенно снижая качество жизни пациенток. При этом заболевании происходит опущение и выпадение внутренних репродуктивных органов, мочевого пузыря и прямой кишки. По данным современных эпидемиологических исследований, ПТО встречается у 14 % женщин в мире и в структуре гинекологической заболеваемости составляет до 30 % [1]. Тазовая десценция приводит не только к развитию структурных изменений, но и к возникновению ХТБ. При этом взаимосвязь между пролапсом и ХТБ носит многоуровневый характер, включая как механические, так и нейробиологические механизмы [2]. Несмотря на распространенность обоих состояний, клиническое значение их взаимосвязи часто недооценивается в практике. Исследования свидетельствуют, что женщины с ПТО, осложненным хронической болью, переносят это заболевание хуже, чем пациентки с более серьезными соматическими патологиями, включая сахарный диабет и ишемическую болезнь сердца [4, 5]. Это обусловлено не только физическими страданиями, но и развитием вторичных психоэмоциональных нарушений, включая депрессию, тревожность и нарушение социальной адаптации [6].

Пролапс тазовых органов (генитальный пролапс или опущение органов малого таза) представляет собой состояние, при котором мышцы и соединительная ткань, поддерживающие тазовые органы, ослабевают или повреждаются, что приводит к смещению этих органов вниз в сторону влагалищного входа или даже к их полному выпадению за пределы влагалища. Соответственно, ПТО может рассматриваться как своеобразная грыжа тазового дна [7, 8].

При изолированном опущении передней стенки влагалища используется термин «цистоцеле», отражающий смещение мочевого пузыря. Опущение задней стенки обозначается как ректоцеле, соответствующее смещению прямой кишки. Однако в клинической практике часто встречаются комбинированные варианты, при которых происходит одновременное опущение нескольких органов, включая матку, мочевой пузырь и прямую кишку [8].

Согласно международной классификации POP-Q, выделяют четыре стадии пролапса:

- I стадия: наиболее дистальная часть пролапса расположена более чем на 1 см выше уровня интритуса влагалища. На этой стадии пациентки часто не предъявляют жалоб или же жалобы минимальны.

- II стадия: наиболее дистальная часть пролапса расположена между 1 см выше и 1 см ниже интритуса влагалища. На данной стадии начинают появляться первые субъективные симптомы.

- III стадия: наиболее дистальная часть пролапса расположена более чем на 1 см ниже интритуса влагалища, но не более чем на половину общей длины влагалища плюс окружность пролабирующей части.

- IV стадия: полное выпадение, при котором наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на половину длины влагалища.

При этом используют условные обозначения:

1. Aa — точка на передней стенке влагалища, располагающаяся на 3 см проксимальнее кольца гимена; приблизительно соответствует расположению уретро-везикального сегмента — видимый выступ. Aa -3 см — при отсутствии пролапса, Aa +3 см — полный генитальный пролапс.

2. Ba — наиболее низко расположенная точка на передней стенке влагалища между точками Aa и C (или куполом влагалища после гистерэктомии). Ba -3 см — при отсутствии пролапса, положительное значение Ba, равное длине влагалища, — при полном выпадении купола влагалища после гистерэктомии.

3. Ap — точка посередине задней стенки влагалища, расположенная на 3 см проксимальнее (вглубь) от входа во влагалище. По отношению к половой щели (входу во влагалище) эта локализация может варьировать от -3 до +3.

4. Bp — наиболее удаленная от входа во влагалище точка на задней стенке влагалища, расположенная между точками Ap и точкой D. Bp -3 — при отсутствии пролапса определяется как 3. Положительное значение Bp, равное длине влагалища, — полный пролапс гениталий.

5. C — передняя губа шейки матки или купола влагалища.

6. D — задний свод (после гистерэктомии отсутствует). Точка соответствует месту прикрепления крестцово-маточных связок к задней поверхности шейки матки. При элонгации шейки матки точка C значительно отличается от точки D [7].

Этиология и патогенез пролапса тазовых органов

Развитие ПТО обусловлено сложным взаимодействием анатомических, биомеханических и молекулярных факторов. Основной механизм развития связан с недостаточностью мышц и фасциальных структур тазового дна, которые в норме обеспечивают поддержку и удержание органов в физиологическом положении [9].

На молекулярном уровне пролапс часто ассоциируется со снижением концентрации коллагена

и эластина в фасциальных структурах тазового дна. Эти белки составляют основу соединительнотканной матрицы и отвечают за упругость и прочность тканей. Нарушение соотношения различных типов коллагена, изменение его поперечного сшивания и дегенеративные изменения эластина приводят к прогрессирующему снижению механической прочности фасций [9, 10].

Одним из ключевых факторов, влияющих на целостность соединительной ткани, является гормональный фон. Эстрогены играют важную роль в регуляции синтеза коллагена и поддержании эластичности тканей. Снижение уровня эстрогенов в период менопаузы закономерно приводит к ослаблению соединительнотканых структур и повышению риска развития пролапса. Это объясняет, почему пролапс тазовых органов чаще встречается у женщин старшего возраста [9, 10].

Этиологические факторы

Среди предрасполагающих факторов развития пролапса выделяют:

1. *Репродуктивные факторы.* Беременность и роды, особенно вагинальное родоразрешение, являются наиболее значимыми факторами риска. Механическое растяжение мышц и фасций тазового дна во время беременности и травматическое повреждение при родах приводят к повреждению структурных элементов поддерживающего аппарата. Крупный плод, многоплодие, быстрые роды с применением акушерских щипцов или вакуум-экстракции повышают риск развития пролапса. Интересно отметить, что пролапс может развиваться даже после кесарева сечения, так как беременность сама по себе оказывает негативное влияние на поддерживающие структуры [8–10].

2. *Возрастные изменения.* С увеличением возраста происходит естественное снижение тонуса мышц тазового дна и уменьшение содержания коллагена в соединительной ткани. По этой причине частота встречаемости пролапса возрастает с увеличением продолжительности жизни [9, 10].

3. *Генетическая предрасположенность.* Семейный анамнез пролапса указывает на наличие генетических факторов, влияющих на структуру и функцию соединительной ткани. Женщины с наследственными нарушениями синтеза коллагена, такими как синдром Марфана или синдром Эдерса – Данлоса, имеют повышенный риск развития пролапса [8–10].

4. *Повышение внутрибрюшного давления.* Хронический кашель при хронических заболеваниях легких, запоры, ожирение, тяжелые физические нагрузки, включая занятия силовыми видами спорта, приводят к хроническому повышению давления в брюшной полости. Это увеличивает

нагрузку на мышцы тазового дна и способствует их ослаблению и растяжению [8–10].

5. *Неврологические факторы.* Повреждение нервов, иннервирующих мышцы тазового дна, вследствие травмы, оперативного вмешательства или неврологического заболевания может привести к дефициту или денервации мышечной ткани [1, 4].

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) определяется как наличие болевых ощущений в области таза, сохраняющихся более 6 месяцев, однако ряд исследователей заявляют о 3 месяцах. Согласно определению Европейского общества гинекологии и Международной ассоциации по изучению боли (IASP), ХТБ — это сложное и часто многофакторное состояние, характеризующееся болью, связанной с органами малого таза или структурами, иннервируемыми теми же спинальными сегментами [7, 11].

Важно отметить, что СХТБ часто является диагнозом исключения. Это означает, что СХТБ диагностируется, когда обширное клиническое обследование не выявляет специфическую органическую или инфекционную причину боли. Однако в то же время СХТБ все чаще рассматривается как самостоятельное заболевание, имеющее собственные патофизиологические механизмы развития [7, 11].

Клинически ХТБ может проявляться весьма разнообразно. Пациентки описывают боль как тупую, ноющую, давящую, жгучую, тянущую или простреливающую. Боль может быть постоянной или периодической, локализованной в одном месте или распределенной по всей области таза. Часто боль иррадирует в ягодицы, бедра, промежность, поясничную область или даже в нижние конечности.

Механизмы развития хронической тазовой боли

Развитие ХТБ обусловлено взаимодействием периферических и центральных механизмов. Согласно современной концепции, выделяют три основных типа боли при СХТБ:

1. *Ноцицептивная боль.* Возникает в результате прямого воздействия на ноцицепторы — чувствительные нервные окончания, реагирующие на потенциально повреждающие стимулы. В контексте ПТО ноцицептивная боль может быть вызвана растяжением фасций, связок и мышц тазового дна, а также давлением опущенных органов на окружающие ткани. Ноцицептивная боль подразделяется на висцеральную (от органов) и соматическую (от структур соединительной ткани, мышц, кожи).

2. *Нейропатическая боль.* Развивается в результате поражения или дисфункции нервной

системы. При ПТО нейропатическая боль может возникать вследствие сдавления нервных стволов опущенными органами, растяжения нервных волокон в процессе механического смещения тканей или развития спаек, сдавливающих нервы [19].

3. Существует и *ноципластическая* (дисфункциональная, или психогенная) боль, которая возникает при сильном вовлечении психоэмоционального компонента в формирование болевого синдрома.

Центральная сенситизация (центральная гиперчувствительность) представляет собой состояние повышенной чувствительности центральной нервной системы, при котором боль воспринимается более интенсивно, чем это соответствует объему периферического раздражения. Этот механизм особенно важен в хронизации боли. При длительном воздействии ноцицептивных стимулов происходит усиление синаптической передачи в спинном мозге и коре головного мозга, увеличение числа и чувствительности болевых рецепторов, что приводит к снижению порога болевой восприимчивости [7, 11].

На молекулярном уровне центральная сенситизация связана с активацией глиальных клеток в спинном мозге, увеличением содержания возбуждающих нейротрансмиттеров (глутамата), расширением рецептивных полей нейронов и нарушением нисходящей антиноцицептивной системы (системы, которая в норме подавляет болевые сигналы).

Взаимосвязь пролапса тазовых органов и хронической тазовой боли

Эпидемиологические исследования четко демонстрируют наличие связи между ПТО и ХТБ. Среди женщин с ПТО ХТБ встречается значительно чаще, чем в популяции в целом. В исследованиях сообщается, что от 30 до 50 % пациенток с пролапсом предъявляют жалобы на различные варианты тазовой боли [5, 7, 11].

Примечательно, что наличие пролапса не всегда коррелирует со степенью выраженности боли. Некоторые женщины с I–II стадией пролапса могут испытывать значительную боль, в то время как пациентки с III–IV стадией могут относительно хорошо переносить заболевание. Это свидетельствует о том, что степень выраженности боли при пролапсе зависит не только от анатомических факторов, но и от индивидуальных особенностей периферической и центральной нервной системы [5].

Механизмы развития боли при пролапсе многофакторны:

1. *Механические факторы.* На ранних стадиях развития пролапса боль часто имеет меха-

ническое происхождение. Опускающиеся органы и выпячивающиеся стенки влагалища растягивают связочный аппарат, фасции и мышцы тазового дна, содержащие многочисленные чувствительные нервные окончания. Боль при этом может быть описана как давящая, распирающая, тянущая, часто локализуется внизу живота, в промежности, может иррадиировать в поясничную область [5, 7]. Растяжение тканей при пролапсе приводит также к натяжению связок матки (маточных связок), которые интенсивно иннервируются симпатическими и парасимпатическими волокнами. Растяжение этих структур может вызывать интенсивные болевые ощущения [5, 11].

2. *Компрессионные факторы.* По мере прогрессирования пролапса опущенные органы оказывают механическое давление на находящиеся рядом ткани. В частности, выпячивающаяся стенка влагалища может сдавливать нервные стволы, входящие в состав pudendального нерва и его ветвей, что приводит к развитию невропатического компонента боли. Сдавление нервов может вызывать жгучую, стреляющую боль в промежности, области влагалища, возможна иррадиация в бедро или ягодицу.

3. *Нейровоспаление.* Механическое повреждение тканей, сопровождающее пролапс (в том числе микротравматизация, вызванная растяжением), стимулирует развитие локального воспаления. При этом активируются тучные клетки, макрофаги и другие клеточные элементы иммунной системы, происходит высвобождение медиаторов воспаления (цитокины, гистамин, простагландины, брадикинин), которые сенситизируют ноцицепторы и еще больше снижают болевой порог [26].

4. *Дисфункция тазовых мышц.* При пролапсе часто развивается спастичность мышц тазового дна, которая может быть как причиной боли (триггерные точки в мышцах), так и следствием боли (рефлекторный спазм в ответ на болевой раздражитель). Это создает порочный круг: боль → спазм мышц → ишемия мышечной ткани → еще большая боль [5].

5. *Нейробиологические изменения при хронизации боли.* По мере хронизации процесса при продолжительном пролапсе развиваются более глубокие нейробиологические изменения. Происходит центральная сенситизация нервной системы, уменьшается нисходящее антиноцицептивное торможение (торможение болевых сигналов на уровне спинного мозга и ствола мозга), расширяются рецептивные поля спинальных нейронов, что приводит к иррадации боли в соседние анатомические области [7]. При хронической боли в спинном мозге происходит увеличение содержания вещества Р и

других возбуждающих нейромедиаторов, увеличение глутаматергической передачи, активация NMDA-рецепторов, что приводит к длительной потенциации нейросинапсов. Эти изменения закрепляют боль в памяти центральной нервной системы, делая ее менее зависимой от периферического стимула [5, 7].

6. Психозмоциональные факторы. Хронический болевой синдром при пролапсе неизбежно сопровождается развитием психозмоциональных нарушений. Тревога, депрессия, катастрофизация (негативное прогнозирование) и психологический стресс усиливают болевое восприятие, подавляют эндогенные антиноцицептивные механизмы и способствуют хронизации боли. Нарушается регуляция гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси (ось НРА), изменяются уровни кортизола и нейротрофических факторов.

Клинические проявления

Боль при пролапсе тазовых органов может манифестировать различными способами:

1. Локальные симптомы. Ощущение давления, распирания, тяжести в области таза, промежности, боли в нижней части живота (часто ноющего, тупого характера), в пояснично-крестцовой области. При длительном стоянии также может беспокоить дискомфорт или боль, нарастающие к концу дня.

2. Боли при половом акте (диспареуния). Могут быть связаны как с механическим раздражением, так и с усилением всех описанных выше механизмов боли при половой активности. Пациентки отмечают поверхностную диспареунию (боль при введении полового члена) или глубокую диспареунию (боль при глубоком проникновении), а также боли после полового акта, продолжающиеся несколько часов.

3. Боли, иррадиирующие в отдаленные области. Как результат развития центральной сенсibilизации, боль может иррадиировать в бедра, ягодицы, поясничную область, даже в нижние конечности, создавая впечатление полиневропатии.

4. Периодические обострения. Болевые кризы, при которых интенсивность боли значительно возрастает без очевидной причины или при провоцирующих факторах (длительная ходьба, физическая нагрузка, половой акт, менструальный цикл).

Комбинация ПТО и ХТБ оказывает глубокое влияние на качество жизни женщин. Помимо физического дискомфорта развиваются серьезные психозмоциональные и социальные последствия [1, 5].

5. Нарушение половой функции. Диспареуния и страх перед болью приводят к снижению

либидо, к сексуальной дисфункции, нарушению взаимоотношений в паре, к развитию вторичного вагинизма (рефлекторный спазм мышц тазового дна при попытке введения полового члена или даже при предчувствии такой попытки).

6. Психозмоциональные нарушения. Хроническая боль закономерно приводит к развитию депрессии, тревожных расстройств, раздражительности, бессонницы. Нарушается психологическое благополучие, развиваются страхи и фобии, связанные с болью.

7. Снижение работоспособности. Многие пациентки становятся частично или полностью нетрудоспособными, что имеет социальные и экономические последствия.

8. Нарушение функции тазовых органов. Могут развиваться расстройства мочеиспускания (учащенное мочеиспускание, недержание мочи при физической нагрузке), нарушения дефекации (запоры, недержание кала или газов), что еще более осложняет качество жизни [1–3].

Диагностика

Клиническое обследование

Диагностика ПТО начинается с тщательного сбора анамнеза, включая выяснение характера боли, локализации, интенсивности, провоцирующих и облегчающих факторов. Важно оценить влияние боли на повседневную активность, половую функцию, психозмоциональное состояние.

При физикальном обследовании проводится осмотр с помощью зеркал для визуализации опущения стенок влагалища. Проводится пальпация для оценки тонуса мышц тазового дна, выявления болезненных точек и триггерных зон в мышцах.

Для объективной оценки степени пролапса используется система POP-Q, которая позволяет стандартизировать описание степени выраженности пролапса и обеспечивает возможность сравнения результатов различных обследований [3, 4, 12].

Инструментальные методы

Трансвагинальная/трансперинеальная ультрасонография позволяет визуализировать положение тазовых органов, оценить степень пролапса, выявить дефекты фасций. При динамическом ультразвуковом исследовании (проба Вальсальвы) можно оценить функциональную недостаточность поддерживающих структур.

Уродинамическое исследование показано пациенткам с симптомами дисфункции мочевого пузыря для объективной оценки функции нижних мочевыводящих путей.

Магнитно-резонансная томография информативна для визуализации анатомических структур тазового дна, особенно при комплекс-

ных вариантах пролапса. Однако ее высокая стоимость ограничивает рутинное использование.

Принципы консервативного лечения пролапса

Коррекция факторов риска. Снижение массы тела при ожирении, лечение хронического кашля, профилактика запоров, соблюдение ограничений при физической нагрузке — все это способствует замедлению прогрессирования пролапса.

Упражнения для мышц тазового дна (упражнения Кегеля). Систематическое напряжение и расслабление мышц тазового дна может улучшить их тонус и силу. Упражнения могут быть полезны на ранних стадиях пролапса (I–II степень) [12,13]. Обучение пациентов правильной технике выполнения упражнений под руководством специалиста является важным компонентом, так как неадекватное напряжение мышц брюшного пресса вместо мышц тазового дна может способствовать прогрессированию пролапса.

Биологическая обратная связь (БОС-терапия). Использование электромиографии или ультрасонографии для визуализации активности мышц тазового дна помогает пациентке лучше контролировать эти мышцы и более эффективно выполнять упражнения [12–14].

Использование pessaries. Влагалищные pessaries (кольцевидные, сферические, кубические и др.) поддерживают опущенные органы в нормальном положении, уменьшая ощущение давления и облегчая боль, т. е. воздействуют на механический и компрессионный факторы возникновения боли. Pessaries особенно полезны для пациенток, которые не желают или не могут быть прооперированы из-за сопутствующей патологии [1, 3, 9].

Медикаментозное лечение. При пролапсе медикаментозное лечение в первую очередь направлено на коррекцию сопутствующих симптомов, таких как боль и дисфункция мочевого пузыря.

Гормональная терапия. При выраженной гипостроении местное или системное применение эстрогенов может улучшить трофику тканей, воздействуя на один из основных факторов риска тазовой десценции [10, 15].

Фармакотерапия болевого синдрома зависит от основного патогенетического механизма [6, 16].

Нестероидные противовоспалительные средства показаны при ноцицептивном компоненте боли, их назначают как врачи, так и пациенты себе самостоятельно. К известным и широко используемым препаратам относят ибупрофен, нимесулид, ацеклофенак.

При спастичности мышц тазового дна могут применяться мышечные релаксанты, включая баклофен, толперизон, тизанидин. Использование данной группы препаратов, в частности толперизола, уменьшает выраженность боли и снижает риск возникновения компрессии, тем самым улучшая прогноз для пациента [6,16].

При нейропатическом компоненте более эффективны антиконвульсанты и антидепрессанты. В рекомендации по лечению ХТБ входит дулоксетин — 60 мг в сутки, который обладает хорошим терапевтическим эффектом. Механизм действия основан на центральном подавлении болевого синдрома, ингибировании обратного захвата серотонина и норадреналина. Кроме того, дулоксетин обладает терапевтическим эффектом в отношении стрессового недержания мочи, в дозировке 40 мг два раза в сутки. При назначении этого препарата необходимо проводить оценку эффективности лечения через 2–4 недели [6].

Венлафаксин также демонстрирует эффективность в отношении ХТБ. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин) уступают по своим эффектам габапентину, который показывает хорошие результаты воздействия на эмоциональную сферу [16–19].

Вортиоксетин — это новый антидепрессант, относящийся к классу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина с дополнительной активностью в отношении серотониновых рецепторов. При ХТБ вортиоксетин показывает эффективность благодаря своему влиянию на центральную сенсibilизацию и психоэмоциональные компоненты боли [20].

Механизм действия вортиоксетина включает: подавление обратного захвата серотонина в пресинаптических нейронах, что увеличивает концентрацию серотонина в синаптической щели; блокаду серотониновых 5-HT₇, 5-HT_{1D} и 5-HT_{1B} рецепторов, что модулирует нейропластичность и болевое восприятие; активацию 5-HT_{1A} рецепторов, усиливающую антиноцицептивные механизмы [20].

При ХТБ у женщин с пролапсом вортиоксетин может быть назначен в дозе 10–20 мг один раз в сутки. Препарат особенно эффективен в случаях, когда боль сопровождается депрессией, тревогой или нарушениями сна, которые часто встречаются при длительном течении хронической боли [20]. Терапевтический эффект развивается постепенно, обычно в течение 2–4 недель, с максимальным улучшением через 6–8 недель применения.

Преимуществом вортиоксетина являются лучшая переносимость, меньшее число побочных эффектов, отсутствие холинолитического действия, минимальное влияние на массу тела

и кардиоваскулярную систему. Однако при его применении необходим тщательный мониторинг у пациенток с кровотечениями, что требует проведения антикоагулянтной терапии [20].

Для успешного лечения ХТБ при пролапсе нужен мультидисциплинарный подход с участием гинеколога, уролога, проктолога, невролога, анестезиолога, психолога, физиотерапевта.

Когнитивно-поведенческая терапия позволяет пациентке переосмыслить отношение к боли, развить навыки совладания с ней, снизить катастрофизацию и страх перед болью. Это особенно важно при хронизации боли с развитием центральной сенситизации [6,16].

Физиотерапевтические методы лечения включают:

- тейпирование, которое может обеспечить дополнительную поддержку и уменьшить болевые ощущения;

- миофасциальный релиз, при котором техники мануального воздействия на мышцы тазового дна помогают устранить спазм и триггерные точки;

- электрическую стимуляцию мышц тазового дна, что может улучшить их функцию и уменьшить боль [16,17].

Заключение

Взаимосвязь ПТО и ХТБ у женщин представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. ПТО через различные механизмы — механические, нейробиологические и психоэмоциональные — приводит к развитию

ХТБ, которая существенно снижает качество жизни пациенток.

Понимание этих механизмов критически важно для практикующего врача, так как позволяет выработать адекватную стратегию ведения пациентки. Первоначальный консервативный подход, включающий упражнения для мышц тазового дна, коррекцию факторов риска, использование пессариев и психологическую поддержку, может быть эффективен при начальных стадиях пролапса. При неэффективности консервативного лечения, прогрессировании симптомов, выраженных нарушениях функции органов показано оперативное лечение.

Важно подчеркнуть, что лечение должно быть персонализированным, учитывающим не только анатомические особенности пролапса, но и индивидуальные характеристики боли, психоэмоциональное состояние пациентки, ее желания и возможности. Мультидисциплинарный подход, интеграция медикаментозных и немедикаментозных методов, активное вовлечение самой пациентки в процесс лечения является залогом успешного управления этим сложным состоянием.

Дальнейшие исследования, направленные на более глубокое изучение молекулярных механизмов развития боли при пролапсе, совершенствование методов диагностики и лечения, будут способствовать улучшению результатов лечения и качества жизни женщин, страдающих этим заболеванием.

Список литературы / References

1. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstet Gynecol.* 2019 Nov;134(5):e126-e142. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003519>
2. Weintraub AY, Glinter H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020 Jan-Feb;46(1):5-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581>
3. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician.* 2017 Aug 1;96(3):179-185.
4. Raju R, Linder BJ. Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clin Proc.* 2021 Dec;96(12):3122-3129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.09.005>
5. Micussi MTABC, Minassian VA, Ghandour RM, Miranne JM. The Interplay Between Chronic Pelvic Pain and Pelvic Organ Prolapse. *Int Urogynecol J.* 2025 Mar;36(3):523-531. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-024-06040-7>
6. Ахмеджанова ЛТ, Баринов АН, Леонтьева МС, Мандра ЕВ. Диагностика и лечение синдрома хронической тазовой боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2022;14(4):54-61. DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-4-54-61>
7. Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourol Urodyn.* 2018 Aug;37(S6):S39-S43. DOI: <https://doi.org/10.1002/nau.23740>
8. Brochard C, Ropert A, Chambaz M, Gouriou C, Cardailiac C, Grainville T, Bouguen G, Siproudhis L. Chronic pelvic pain and rectal prolapse invite consideration of enterocele. *Colorectal Dis.* 2020 Mar;22(3):325-330. DOI: <https://doi.org/10.1111/codi.14877>
9. Корбут И.А., Будюхина О.А., Лашкевич Е.Л. Факторы риска и возможности коррекции пролапса гениталий у женщин. В: Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 10 нояб. 2023 г. В 3 т. Гомель: ГомГМУ; 2023;1:117-119.
10. Korbut IA, Budyukhina OA, Lashkevich EL. Risk factors and possibilities of correction of genital prolapse in women. In: Aktualnye problemy meditsiny: collection of scientific articles of the Republican scientific and practical conference with international participation, Gomel, November 10, 2023. In 3 vol. Gomel: GomSMU, 2023;1:117-119. (in Russ.).
11. Wojtas AK, Cygnarowicz A, Sacher K, Zabojska K, Korotko U, Mandziuk A, et al. Pelvic organ prolapse – general overview and latest therapy possibilities. *Quality Sport.* 2024;25:56803. DOI: <https://doi.org/10.12775/QS.2024.25.56803>
12. Juganavar A, Joshi KS. Chronic Pelvic Pain: A Comprehensive Review. *Cureus.* 2022 Oct 26;14(10):e30691.

DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.30691>

12. Корбут И.А., Захаренкова Т.Н., Будюхина О.А., Лашкевич Е.Л., Соловьева Н.А. Методы диагностики пролапса гениталий у женщин В.: VIII Полесский урологический форум: сб. материалов, г. Гомель, 06-07 июня 2024 г. Гомель: ГомГМУ; 2024:40-42.

Korbut IA, Zakharenkova TN, Budyukhina OA, Lashkevich EL, Solovyeva NA. Methods of diagnosis of genital prolapse in women. In: VIII Poleskiy urologicheskiy forum: conference proceedings, Gomel, June 06–07, 2024. Gomel: GomSMU; 2024:40-42. (in Russ.).

13. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019 Dec;31(6):485-493.

DOI: <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000584>

14. Lawson S, Sacks A. Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health*. 2018 Jul;63(4):410-417.

DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12736>

15. Robinson MO, Linder BJ. Evaluation and treatment of pelvic organ prolapse. *Minerva Med*. 2023 Aug;114(4):516-528.

DOI: <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.22.08396-3>

16. Liedl B, Goeschen K, Durner L. Current treatment of pelvic organ prolapse correlated with chronic pelvic pain, bladder and bowel dysfunction. *Curr Opin Urol*. 2017 May;27(3):274-281.

DOI: <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000395>

17. Meisenheimer ES, Carnevale AM. Chronic Pelvic Pain in Women: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. 2025 Mar;111(3):218-229.

18. Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, et al. Gabapentin for the Management of Chronic Pelvic Pain in Women (GaPP1): A Pilot Randomised Controlled Trial. *PLoS One*. 2016 Apr;11(4):e0153037.

DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153037>

19. Horne AW, Vincent K, Hewitt CA, et al. Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020 Sep;396(10255):909-917.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31693-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31693-7)

20. Шагиахметов ФС, Анохин ПК, Шамакина ИЮ. Вортиоксетин: механизмы мультимодальности и клиническая эффективность. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;4. [дата обращения 2026 январь 01]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vortiooksetin-mehanizmy-multimodalnosti-i-klinicheskaya-effektivnost> (дата обращения: 06.01.2026).

Shagiakhmetov FS, Anokhin PK, Shamakina IYu. Vortioxetine: mechanisms of multimodality and clinical efficacy. *Sotsialnaya i Klinicheskaya Psikhatriya*. 2016;4. [date of access 2026 January01]. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/vortiooksetin-mehanizmy-multimodalnosti-i-klinicheskaya-effektivnost> (in Russ.).

Информация об авторе / Information about the author

Корбут Ирина Александровна, к.м.н., доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9909-0760>

e-mail: ikorbut@mail.ru

Irina A. Korbut, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Advanced Training and Re-training, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9909-0760>

e-mail: ikorbut@mail.ru

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Корбут Ирина Александровна

e-mail: ikorbut@mail.ru

Irina A. Korbut

e-mail: ikorbut@mail.ru

Поступила в редакцию / Received 06.01.2026

Поступила после рецензирования / Accepted 20.01.2026

Принята к публикации / Revised 18.05.2026