

ALGIILE PELVIENE CRONICE DE ORIGINE GENITALĂ

Vasile BODNARI,
Instituția Medico-Sanitară Publică
Institutul Mamei și Copilului

Summary

Chronic pelvic pain in women

The treatment and the rehabilitation of women with chronic pelvic pain with genital causes is a current problem in contemporary medicine, because the recurrences and chronic inflammatory processes negatively influence the prognosis. Often the exactly place of outbreak of pain cannot be localized by patients, but the pain treatment is necessary regardless of the cause of pain. In this literature review there are presented some definitions of chronic pelvic pain, as there is no single accepted definition for this; there are described its clinical features and the mechanism of pain: the role of the nervous system in the pathogenesis of pain, the contribution of oxidative stress with the involvement of free radicals in the development of chronic pelvic pain, as well as the role of antioxidant system activity; there are mentioned the risk factors with predisposition to chronic pelvic inflammatory disease; also, there are established the premises of therapeutic attitude towards the women with chronic pelvic pain, the main directions of action in treatment methods and the levels of prophylaxis of chronic pelvic pain. Chronic pelvic pain encounters difficulties in establishing early diagnosis, may affects the quality of life, also an inappropriate treatment may lead to complications, with the depletion of central nervous system adaptation mechanisms and the development of psycho-emotional disturbances. The pronounced insufficiency of the antinociceptive system is an unfavorable risk factor in the prognosis of algic syndrome, which determines an individual approach in the examination and treatment of patients with chronic pelvic pain.

Keywords: chronic pelvic pain, nociceptors, oxidative stress, free radicals, antioxidant activity

Резюме

Хроническая тазовая боль

Лечение и реабилитация больных с хронической тазовой болью является актуальной проблемой современной медицины, поскольку рецидивы и хронические воспалительные процессы неблагоприятно влияют на прогноз. Часто точное место возникновения боли не может быть локализовано пациентами, но лечение боли необходимо независимо от причины. В этом обзоре литературы представлены некоторые определения хронической тазовой боли, поскольку до сих пор не существует единого общепринятого определения; описываются клинические характеристики и механизм хронической боли: роль нервной системы в патогенезе боли, а также роль активности антиоксидантной системы; упоминаются факторы риска с предрасположенностью к хроническому воспалению тазовых органов; также описывается лечебная тактика у пациентов с хронической тазовой болью, основные направления действий в методах лечения и уровни профилактики этой боли. При хронической тазовой боли врачи сталкиваются с трудностями при установлении ранней диагностики, что влияет на качество жизни, а неправильное лечение может привести к осложнениям, истощению механизмов адаптации центральной нервной системы и развитию психоэмоциональных расстройств. Выраженная недостаточность антиноцицептивной системы является неблагоприятным фактором риска при прогнозировании синдрома тазовой боли, что определяет индивидуальный подход при обследовании и лечении пациентов с хронической тазовой болью.

Ключевые слова: тазовая боль, ноцицепторы, окислительный стресс, свободные радикалы, антиоксидантная активность

Introducere

Problemele tratamentului și reabilitării pacientelor cu algii pelviene cronice de origine genitală rămân actuale, deoarece recidivele și cronicizarea proceselor inflamatorii înrăutățesc pronosticul în legătură cu funcția generativă, ce constituie o problemă serioasă economică și socială [1, 8, 19, 24, 27, 34].

Termenul *algie pelviană* se referă la durerile localizate la nivelul abdomenului inferior, sub ombilic, de jos a spatelui, în perineu, în organele genitale externe (vulvodinie), vagin, rect, intestin. De obicei, pacienții nu pot preciza localizarea exactă a durerii, mai degrabă ea este difuză. După clasificarea OMS, "durerea este o experiență senzorială și emoțională neplăcută, asociată cu o leziune tisulară actuală sau potențială, sau descrisă în termenii unei asemenea leziuni" [6, 11].

Se deosebesc dureri de tip central, psihogen, neuropatic, somatic și visceral. Durerea poate fi clasificată în *acută* și *cronică* și se poate transforma din simptom simplu (durere – semnal de alarmă) în sindrom (durere – afecțiune). Pierderile sociale ca urmare a diverselor tipuri ale sindromului algic constau din majorarea numărului zilelor cu incapacitate de muncă și din cheltuielile pentru tratament. De aceea, rezolvarea problemei pacientelor afectate de sindromul algic cronic devine economic justificată [5, 13, 18].

Durerile pelviene cronice sunt dureri recurente sau

persistente, care deranjează pacienta timp de cel puțin șase luni. Natura durerii poate fi diferită: o senzație de arsură, crampe, junghi, senzații de presiune sau greutate. Mai mult decât atât, nu există o singură definiție acceptată pentru durerea pelviană cronică. Unii medici includ durerea cauzată de o problemă medicală cunoscută (ginecologică, urologică, a bolilor intestinale și ale sistemului musculoscheletic), pe când alții diagnostichează durerea pelviană cronică doar când nu există o cauză aparentă sau atunci când persistă după tratament. Durerea pelviană cronică foarte rar există ca un simptom izolat și este adesea combinată cu alte acuze: act de defecație dificil; menstruație, sex sau micțiuni dureroase, ceea ce face dificil diagnosticul.

Algiile pelviene prezintă interes în primul rând pentru medicii-ginecologi, deoarece anume lor li se adresează pacientele cu plângeri de senzații de disconfort în regiunea inferioară a abdomenului. Orice maladie ginecologică poartă în sine potențialul de dezvoltare a algiiilor pelviene, însă diagnosticul este dificil de stabilit [2, 24, 36, 37].

Actualitatea studierii consecutive a problemei durerii pelviene cronice conține câteva aspecte:

- pe de o parte, pacienta nu poate localiza focarul durerii pelviene, deoarece semnalele durerilor ieșite din organele cavității abdominale nu sunt diferențiate de sistemul nervos central [3, 17, 34];
- pe de altă parte (un aspect actual al problemei durerii pelviene cronice până în prezent subapreciat), este necesar de a jugula durerea, indiferent de cauza apariției acesteia [7, 19, 26, 29].

Material și metode

Au fost studiate 91 de surse de literatură internațională și națională, inclusiv publicații la simpozioane, congrese; articole, monografii și ghiduri consacrate problemei algiiilor pelviene cronice de origine genitală. O atenție deosebită a fost acordată publicațiilor ce oglindesc cercetările științifice în care s-au elucidat rezultatele referitoare la prevalența, mecanismul durerii cronice, factorii de risc pentru acest sindrom clinic, principalele direcții în conduita și tratamentul algiiilor pelviene, prevenirea și profilaxia consecințelor posibile.

Rezultate și discuții

Prevalența durerii pelviene cronice la femei este stabilită între 5,7% și 26,6% [8, 24, 27]. Dar după datele mai multor autori [11, 29], afectarea cu dureri pelviene cronice a femeilor de vârstă reproductivă poate atinge de la 14,7% până la 24,0%. Mai mult decât atât, unii autori [15, 32, 39] subliniază că pre-

valența corectă a acestei patologii nu este posibil de stabilit, deoarece:

- declararea afecțiunii nu este obligatorie în toate țările;
- lipsește un test de diagnostic sigur și specific;
- diferiți specialiști folosesc diferite denumiri și criterii de diagnostic;
- clinica în multe cazuri este atipică.

Caracteristica clinică a durerilor pelviene cronice se manifestă prin plângeri de senzații dureroase în partea inferioară a abdomenului și în regiunea bazinului mic, după articulația pubiană, precum și în regiunea lombară-coccigiană. Durerea poate fi permanentă sau are legătură cu ciclul menstrual (în acest caz, poartă denumirea de *dismenoree*). Poate fi provocată de diferiți factori (răceală, efort fizic, stres) sau apare în timpul actului sexual (*dispareunie*). Durerea poate fi acută, dar cel mai des e tacită, localizată adânc în țesuturi, uneori în formă de colici. Intensitatea durerii variază de la senzația mai puțin dureroasă până la o durere puternică și chinuitoare. Desensibilizarea centrală se manifestă suplimentar în formă de alodinie în partea inferioară a abdomenului și perineului.

Se remarcă o corelație directă între numărul epizoadelor dureroase legate de patologia organelor bazinului mic și diminuarea pragului sensibilității durerii. Precizarea din anamneză a caracterului durerii, localizării ei, a cauzelor apariției, modalităților de a o jugula ajută la stabilirea diagnosticului, dar nu garantează aprecierea corectă a maladii ce a devenit cauza senzațiilor dureroase.

Una dintre cele mai mari dificultăți în stabilirea focarului durerii pelviene cronice este rata înaltă a probabilității îmbinării mai multor pricini ale apariției acesteia, dar și implicarea activă a sistemului nervos în formarea sindromului în lipsa cauzelor evidente. În legătură cu aceasta, după datele mai multor autori [10, 16, 21], aproape 60% din femeile cu durere pelviană cronică nu au un diagnostic specific, iar 20% nu sunt supuse examinărilor. În același timp, lipsa de informații despre cauza primară a maladii influențează negativ asupra stării emoționale a femeii și creează depresie [22, 25, 31, 35].

Uneori, diagnosticul final la pacienta care a prezentat plângeri de dureri pelviene cronice nu e posibil de stabilit, însă noi, prin diferite procedee, obținem o ameliorare sau dispariția durerilor, atingând scopul principal. Denumirea pe care o vom da maladii este un aspect secundar. Legitimitatea acestui punct de vedere devine evident la examinarea constituirii mecanismelor patofiziologice ale algiiilor pelviene cronice.

Mecanismul durerii cronice. Durerea pelviană cronică poate fi un rezultat al scăderii pragului de

percepție a senzației dureroase. Teoria modernă explică formarea durerii cronice prin disfuncții ale căilor neuronale și centrelor ce controlează fluxul de impulsuri dureroase.

În unele cazuri, rolul principal este jucat de diminuarea activității sistemului antinociceptiv, în altele – de un fenomen de sensibilizare a neuronilor, iar în altele – de dezvoltarea inflamației neurogene, care este menținută de impulsurile nervoase constante și producerea de substanță P – o peptidă codificată de gena calcitoninei, ce se consideră transmitător de durere.

Senzația unei dureri este un fenomen patofiziologic complicat, care include mecanisme periferice și centrale. Țesuturile periferice dispun de două forme de receptori predispuși stimulului durerii (nociceptori): terminații nervoase libere și receptori compuși ai durerii. Excitanți specifici ai nociceptorilor sunt substanțele algogenice (transmițători de durere), care de sine stătător nu provoacă durerea, ci sensibilizează nociceptorii. Excesul de transmițători de durere, formați în urma diverselor procese, pot provoca senzație de durere fără prezența factorului nociv, care necesită reacția corespunzătoare a organismului.

Sensibilizarea centrală exprimă modificările sistemului nervos central, care modulează durerea. Principalul lor modulator este neuronul.

De la nociceptori, semnalul durerii se extinde prin fibrele nervoase aferente, ajungând în ganglionii spinali și mai departe nimeresc în neuronii coarnelor posterioare ale măduvei spinării. Neuronii spinali ai lanțului senzitiv, supuși atacurilor permanente ale stimulilor durerii, se excită în așa fel încât contribuie la eliminarea neurotransmițătorilor nociceptivi, care diminuează pragul activării sinaptice. Datorită sensibilizării centrale, zona durerii iese din limitele focarului primar al afecțiunii, formându-se zona durerii reflectate. Realizarea afectivă a durerii are loc prin neurotransmițători și include semnale din diverse zone ale creierului:

- în talamus excitarea durerii capătă un caracter de simț împovăraător;
- hipotalamusul contribuie la formarea componentului vegetativ al reacției la durere;
- formația reticulară mobilizează scoarța creierului;
- structurile limbice atribuie senzației de durere o nuanță emoțională negativă.

În ultimii zece ani, în ginecologia clinică se implementează pe larg metode de studiere a activității proceselor oxidării peroxide a lipidelor și sistemului antioxidant ca cele mai sensibile teste în diagnosticul timpuriu și analiza în dinamică a procesului patologic, pentru a argumenta terapia patogenetică.

Procesul oxidării peroxide a lipidelor este un proces fiziologic care se desfășoară în mai multe trepte, bine echilibrat de activitatea sistemului antioxidant, care își are originea în baza lipidică a tuturor biomembranelor ce regulează structura și funcția lor.

Dezechilibrarea dintre activitatea sistemelor ce creează forme agresive ale oxigenului, protoxid de lipide și sistemele de apărare antioxidante are loc prin stresul oxidativ. Acesta dereglează structura și funcția tuturor țesuturilor, organelor și sistemelor în rezultatul destrucției și modificării biopolimerilor, biomembranelor receptorilor, genelor și dezechilibrării metabolismului. Stresul oxidativ este caracteristic pentru majoritatea maladiilor umane și corecția lui antioxidantă constituie o garanție de nădejde a rezistenței organismului împotriva reacțiilor intracelulare toxice, induse de radicalii liberi.

Contribuția stresului oxidativ în patogeneza diverselor maladii este diferită: etapele primare de pornire a sistemelor generării agresive a formelor de oxigen pot să se deosebească una de alta în diferite patologii, însă în etapele următoare intensitatea și direcția reacțiilor radicalilor liberi își pierd caracterul specific [28]. Implicarea stresului oxidativ în patogeneza multor afecțiuni determină implementarea pe larg a antioxidantilor naturali și sintetici în practica clinică.

În mod normal, în organismul viu are loc un proces continuu de oxidare a radicalilor liberi – unul dintre cei mai importanți factori de homeostazie ai organismului. Oxidarea radicalilor liberi este o reacție în lanț ce se repetă și poate duce la acumularea hiperoxidizilor și a radicalilor liberi secundari. De regulă, procesul de oxidare a radicalilor liberi se menține la un nivel minim stabil datorită prezenței în țesuturi a antioxidantilor biologici și sistemelor reglatoare neurohormonale.

Radicalii liberi sunt acele substanțe moleculare sau fragmente ale moleculelor care au în structura lor cel puțin un electron liber, încărcat fie pozitiv, fie negativ sau chiar neutru, și care interacționează chimic deosebit de agresiv cu elementele din jur [33]. În condiții fiziologice, radicalii liberi îndeplinesc o funcție reglatoare importantă în distrugerea prin oxidare a xenobioticilor, în protejarea de agenții infecțioși, de destrucția celulelor deteriorate, dar și în reacțiile biochimice care regulează creșterea celulară, diferențierea celulelor și alte funcții.

La formarea lor abuzivă, radicalii liberi pot conduce la dezvoltarea diferitor stări patologice, inclusiv a algiiilor pelviene cronice, adică stresul oxidativ de asemenea este legat de probabilitatea apariției durerilor.

Radicalii liberi pot fi definiți ca atomi sau molecule ce conțin în structura lor un electron ne-

împerecheat. Acești electroni au o energie ridicată, ceea ce determină instabilitatea atomului care îi conține. Unele dintre elementele ce conțin electroni neîmperecheați sunt radicalii liberi ai oxigenului. Factorul principal care determină creșterea intensității formării radicalilor liberi este activarea oxigenului. Datorită prezenței acestui element aproape în toate substanțele ce compun organismul, interacțiunea radicalilor liberi cu oxigenul este inevitabilă.

Producția celulară a speciilor reactive ale oxigenului (SRO) are loc din surse enzimatică și neenzimatică. Pentru minimizarea efectelor negative ale SRO, organismele sunt prevăzute cu un sistem antioxidant de apărare foarte eficient. Compușii antioxidanți și enzimele antioxidante, agenții de chelare ai metalelor funcționează ca un sistem antioxidant prin legarea ionilor metalici potențial dăunători. De aceea, leziunile celulare apar în condițiile în care rata formării SRO este crescută sau activitatea sistemului de apărare este deficitară, deci când se creează un dezechilibru între sistemele de protecție și sistemele de generare a SRO.

Radicalii liberi ai oxigenului intervin în diferite procese: apărare de atacul unor microbi, reactivitate față de unii poluanți abiotici, declanșarea unor semnale pentru diferențierea celulară, dezvoltare și apoptoză. Generarea unui exces de radicali liberi este determinată ca stres oxidativ.

Un alt mecanism de acțiune al radicalilor liberi îl constituie atacul speciilor reactive ale oxigenului asupra proteinelor, direct sau indirect, rezultând din stimularea sau inhibarea activității enzimatică. Modificarea capacității de transport a proteinelor din membrane conduce la alterarea nivelului calciului intracelular existent și afectează nivelele de potasiu din metabolismul celular.

La nivel membranar, un important agent de apărare împotriva stresului oxidativ îl constituie coenzima Q, care se găsește în toate membranele intracelulare. Modul de acțiune al coenzimei Q depinde de rolul pe care aceasta îl are la nivel celular, putând fi purtătoare/transportoare de electroni, acceptoare de electroni sau transportoare de protoni.

Se știe că mecanismul celular al realizării reacției de durere și inflamație este legat de stresul oxidativ. Suportul de radicali liberi, formați în procesul metabolismului celular, poate juca un rol esențial în apariția diferitor stări patologice. Formele active de oxigen reprezintă oxidanți puternici de distrugere a structurilor celulare și a moleculelor funcționale. În urma atacurilor radicalilor liberi și ruperii perechilor electronice se formează radicali liberi noi, cu capacitatea de a distruge celula.

E stabilit faptul că **factorii de risc ce predispun către boala inflamatorie pelviană cronică** sunt [4, 15]:

- vârsta între 15 și 25 de ani;
- sarcină și naștere dificilă, care au afectat spatelul și pelvisul;
- abuz fizic sau sexual în anamneză;
- maladii (afecțiuni) inflamatorii pelviene în antecedente;
- terapie chirurgicală abdominală sau pelviană;
- diagnostic de depresie în trecut sau în prezent (senzația de durere și depresia sunt foarte strâns legate între ele);
- abuz de alcool și/sau droguri;
- malformații congenitale ale uterului, colului uterin sau vaginului;
- intervenții chirurgicale la organele bazinului mic;
- existența factorilor afectivi și sociali negativi.

Cauzele principale ale pelvialgiiilor genitale cronice (la pacientele cu constatări clinice genitale cvasinormale) sunt:

- spasmul vascular local uterin;
- tulburările de irigație, cu stază venoasă pelviană;
- sechelele pelviene ale unor procese genitale patologice (în principal, inflamatorii).

Conduita pacientelor cu algii pelviene cronice pornește de la premisa că, în primul rând, e necesar de stabilit afecțiunea care a provocat aceste algii, pentru a aplica tratamentul patogenetic, și în al doilea rând, în afara dependenței de cauza afecțiunii de bază, tratarea timpurie a durerii poate preveni evoluția continuă sau progresarea simptom-complexului de algii pelviene cronice [9, 14, 17, 39].

Tratamentul durerii pelviene cronice presupune trei direcții de acțiune: blocarea percepției și răspândirii impulsului de durere de către nociceptori (desensibilizarea periferică), modificarea percepției semnalului nociceptiv de către creier (desensibilizarea centrală), sporirea activității sistemului antinociceptiv [12, 20, 23, 30].

Având în vedere că durerea pelviană cronică este un simptom al unui proces patologic, combaterea acesteia trebuie să urmărească înlăturarea elementului de patologie care a creat-o, adică terapia durerii trebuie să fie patogenetică.

Totodată, tratamentul durerii ginecopatelor are unele particularități care necesită să fie luate în considerație pentru a atinge rezultatele scontate:

- În primul rând, patologia aparatului genital aproape întotdeauna are o componentă endocrină și necesită includerea în tratament a unei corecții endocrine.
- Al doilea aspect important asupra căruia trebuie de acționat în cadrul terapiei este starea psihonoțională a pacientei, deoarece femeia are un psihic mai labil, creat de condiția de gravidă, parturientă, mamă și soție.

O trecere în revistă a principalelor **metode generale de înlăturare a durerii** evidențiază numeroase procedee:

- tratament simptomatic antalgic, incluzând medicația antalgică nespecifică și sedativă;
- tratament antiinflamator nespecific, corticoterapie, antibioterapie;
- medicație hormonală de substituie, de stimulare sau de blocare a funcției endocrine ovariene;
- metode de tratament balneare și/sau fizioterapice;
- metode terapeutice de mică chirurgie – analgezie de conducere, care contribuie la diminuarea sau abolirea transmiterii nervoase a stimulului algogen între receptor și primul neuron central; pentru analgezie de conducere (obținerea unui bloc analgezic ireversibil) se folosesc novocaina, lidocaina (xilina) la nivele diferite – nervi periferici, trunchiuri nervoase, ganglioni paracervicali;
- metode mecanice și fizice (presu- și acupunctură, căldură, crioterapie, fizioterapie, nămol și ape);
- metode neurochirurgicale – întreruperea prin secțiune într-un punct de distanță de la receptor până la scoarța a filetelor senzitive.

Însă rămâne un procent de ginecopate care, în pofida corectitudinii alegerii tratamentului, continuă să fie suferinde, trec de la un specialist la altul, în speranța că își vor găsi vindecarea. A trata ginecopata corect, dar mecanic, adică numai un element de patologie ginecologică, fără a acționa asupra stării ei psihoemoționale, înseamnă a obține un eșec terapeutic. Pelvialgiile ginecologice cronice constituie un domeniu de medicină în care terapia medicamentoasă propriu-zisă e necesar să se combine cu psihoterapia. Abordarea terapeutică a unei suferințe algice cronice la femei trebuie, obligatoriu, să țină seama și de corectarea implicațiilor endocrine ale patologiei genitale alogene, precum și de echilibrul psihic, componenta psihoafectivă favorizând fixarea și perpetuarea durerii.

Profilaxia algiiilor pelviene cronice este cea mai eficace abordare terapeutică, care are evidente avantaje din punct de vedere cost-beneficiu și poate fi efectuată pe trei nivele:

- profilaxia *primară*, ce constă în evitarea expunerii la infecții cu transmitere sexuală ale tractului genital, în primul rând prin utilizarea metodelor contraceptive de barieră (mecanice și chimice);
- profilaxia *secundară* – inițierea unui tratament eficace cât mai devreme posibil (cu tratamentul obligatoriu al partenerului), până la confirmarea microbiologică a diagnosticului;
- profilaxia *terțiară* – prevenirea complicațiilor posibile și a sechelelor.

Este de menționat că toate cele trei feluri de profilaxie sunt la fel de importante [8, 24, 38].

Concluzii

1. Algiile pelviene cronice la ginecopate reprezintă o problemă socială serioasă, care duce la dereglarea calității vieții și necesită o examinare neîntârziată, pentru înlăturarea cauzelor durerii.

2. Tratamentul neadecvat și inoportun al ginecopatelor cu algii pelviene cronice duce la formarea complicațiilor, ce se caracterizează prin epuizarea mecanismelor de adaptare a sistemului nervos central și dezvoltarea dereglărilor psihoemoționale.

3. Factori de risc ai procesului nefavorabil în prognosticul evaluării sindromului algic sunt, de asemenea, insuficiența pronunțată a sistemului antinociceptiv (pragul scăzut al sensibilității durerii), ce determină necesitatea abordării individuale a examinării și tratamentului contingentului dat de paciente.

Bibliografie

1. Ahangari A. *Prevalence of chronic pain among women: an updated review*. In: Pain Physician, 2014, nr. 17, p. 141-147.
2. Bodden-Heidrich R. *Chronic pelvic pain syndrome – a multifactorial syndrome*. In: Zentralblatt für Gynäkologie, 2001, vol. 123, nr. 1, p. 10-17.
3. Brawn J., Morotti M., Zondervan K.T. et al. *Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis*. In: Hum. Reprod. Update, 2014, vol. 4, nr. 20, p. 737-747.
4. Cheong Y., William S.R. *Chronic pelvic pain: aetiology and therapy*. In: Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2006, nr. 20(5), p. 695-711.
5. Dalpiaz O., Kerschbaumer A., Mitterberger M. et al. *Chronic pelvic pain in women: still a challenge*. In: BJU International, 2008, nr. 102, p. 1062-1065.
6. Dick Marie-Louise. *Chronic pelvic pain in women. Assessment and management*. In: Australian Family Physician, 2004, vol. 33, nr. 12, p. 971-976.
7. Duffy S. *Chronic pelvic pain: defining the scope of the problem*. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001, vol. 74, nr. 1, p. 3-7.
8. Evans S. *Management of persistent pelvic pain in girls and women*. In: Aust. Fam. Physician, 2015, nr. 44, p. 454-459.
9. Goesling J., Brummett C., Meraj T. et al. *Associations between pain, current tobacco smoking, depression and fibromyalgia status among treatment – seeking chronic pain patients*. In: Pain Med., 2015, nr. 16, p. 1433-1442.
10. Gyang A., Hartman M., Lamvu G. *Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know*. In: Obstet. Gynecol., 2013, nr. 121, p. 645-650.
11. Haugstad G. K., Haugstad T.S., Kirste U.M. et al. *Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain*. In: Journal of Psychosomatic Research, 2006, vol. 61, nr. 5, p. 637-644.
12. Heyman J., Ohrvik J., Leppert J. *Distension of painful structures in the treatment for chronic pelvic pain in*

- women. In: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2006, vol. 85, nr. 5, p. 599-603.
13. Howard F.M. *Chronic pelvic pain*. In: Obstet. Gynecol., 2003, vol. 101, nr. 3, p. 594-611.
 14. Kang S.B., Chung H.H., Lee H.P. et al. *Impact of diagnostic laparoscopy on the management of chronic pelvic pain*. In: Surgical Endoscopy, 2007, vol. 21, nr. 6, p. 916-919.
 15. Latthe P., Mighini L., Gray R. et al. *Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review*. In: British Medical Journal, 2006, nr. 332, p. 749-755.
 16. Liddle A.D., Davies A.H. *Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices*. In: Phlebology, 2007, vol. 22, nr. 3, p. 100-104.
 17. Mc Gowan L., Escott D., Creed F. *Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study*. In: BMC Family Practice, 2010, vol. 11, nr. 7, p. 101-107.
 18. Muhammad Y.Y., Nossier S.A., El-Dawaiaty A.A. et al. *Prevalence and characteristics of chronic pelvic pain among women in Alexandria, Egypt*. In: The Journal of the Egyptian public Health Association, 2011, nr. 86, p. 33-38.
 19. Nelson P., Apte G., Justiz R. et al. *Chronic female pelvic pain – part 2: differential diagnosis and management*. In: Pain Pract., 2012, nr. 12, p. 111-141.
 20. Norman S.A., Lumley M.A., Dooley J.A. et al. *For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in a randomized trial among women with chronic pelvic pain*. In: Psychosomatic Medicine, 2004, vol. 66, nr. 2, p. 174-183.
 21. Okaro E., Condous G., Khalid A. et al. *The use of ultrasound-based “soft markers” for the prediction of pelvic pathology in women with chronic pelvic pain – can we reduce the need for laparoscopy?* In: BJOG, 2006, vol. 113, nr. 3, p. 251-256.
 22. Ozawa Y., Murakami T., Terada Y. et al. *Management of the pain associated with endometriosis: an update of the painful problems*. In: Tohoku Journal of experimental medicine, 2006, nr. 210(3), p. 175-188.
 23. Prentice A. *Medical management of chronic pelvic pain*. In: Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2000, vol. 14, nr. 3, p. 495-499.
 24. Price J., Farmer G., Harris J. et al. *Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study*. In: BJOG, 2006, nr. 113 (4), p. 446-452.
 25. Romao A.P., Gorayeb R., Romao G.S. et al. *High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain*. In: International Journal of Clinical Practice, 2009, nr. 63, p. 707-711.
 26. Sandkühler J. *Models and mechanisms of hyperalgesia and allodynia*. In: Physiol. Rev., 2009, nr. 89, p. 707-758.
 27. Stamatian F., Preda Gh. *Infecțiile în ginecologie*. România, Cluj: Editura Echinoc, 178 p. ISBN 973-8298-33-4.
 28. Steele A. *Opioid use and depression in chronic pelvic pain*. In: Obstet. Gynecol. Clin. N. Am., 2014, nr. 40, p. 491-501.
 29. Stones R. W., Price C. *Health services for women with chronic pelvic pain*. In: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2006, vol. 95, nr. 11, p. 531-535.
 30. Swanton A., Iyer L., Reginald P.W. *Diagnosis treatment and follow up of women undergoing conscious pain mapping for chronic pelvic pain: a prospective cohort study*. In: BJOG, 2006, vol. 113, nr. 7, p. 792-796.
 31. ter Kuile M.M., Weijnenborg P.T., Spinhoven P. *Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression*. In: Journal of Sexual Medicine, 2010, nr. 7(5), p. 1901-1910.
 32. Toye F., Seers K., Barker K. *A meta-ethnography of patients' experiences of chronic pelvic pain: struggling to construct chronic pelvic pain as “real”*. In: J. Adv. Nurs., 2014, nr. 70, p. 2713-2727.
 33. Valko M., Leibfritz D., Moncol J., Cronin M.T., Mazur M., Telser J. *Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease*. In: International Journal of Biochemistry and Cell Biology, 2007, vol. 39(1), p. 44-84.
 34. Vincent K. *Chronic pelvic pain in women*. In: Postgraduate Medical Journal, 2009, nr. 85, p. 24-29.
 35. Wesselmann U. *Clinical characteristics and pathophysiology of pelvic pain in women*. In: Schmerz, 2002, vol. 16, nr. 6, p. 467-475.
 36. Wesselmann U. *Pelvic pain: a chronic visceral pain syndrome*. In: Current Pain and Headache Reports, 2001, vol. 123, nr. 1, p. 10-17.
 37. Wiesender C.C.T. *Pelvic pain clinic: a multidisciplinary approach*. In: Chronic pelvic pain, edited by T.C. Li and William L. Ledger, Taylor & Francis, 2012, p. 197-210.
 38. Williams R.E., Hartmann K.E., Steege J.F. *Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research*. In: Obstet. Gynecol., 2004, nr. 103, p. 686-691.
 39. Young P.J., Mui J., Allaire C. et al. *Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia*. In: J. Obstet. Gynecol. Can., 2014, nr. 36, p. 1002-1009.
 40. Zondervan K.T., Yudkin P.L., Vessey M.P. et al. *The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour*. In: Br. J. Gen. Pract., 2001, nr. 51, p. 541-547.

Prezentat la 11.05.2017

Vasile Bodnari, doctorand,
IMSP Institutul Mamei și Copilului
Tel.: 022523663