

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Зиганшин А.М.¹, Назмутдинова Р.Р.¹, Нуртдинова И.Г.¹, Ландо Е.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», Уфа, e-mail: zigaidar@yandex.ru

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященной актуальной междисциплинарной проблеме хронической тазовой боли. Несмотря на большое число публикаций, посвященных данной проблеме, единого взгляда на вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и терапии данной патологии до сих пор нет. В значительном количестве (в 30–60%) случаев причина хронической тазовой боли остается невыявленной, что ведет к отсутствию своевременного лечения. Особенностью данного заболевания является обширная клиническая симптоматика, нередко приводящая к значительному снижению и ухудшению качества жизни, так как затрагивает физическую, социальную и эмоциональную составляющие жизни. Очень часто заболевание маскируется под урологическое, проктологическое, неврологическое, сосудистое, костно-мышечное, гинекологическое, психическое и другое заболевание, имея при этом самостоятельное нозологическое наименование. Особенностью данного заболевания является то обстоятельство, что его симптомы могут наблюдаться в разных комбинациях и различной степени выраженности, что ухудшает своевременную диагностику, осложняет проведение лечения, и часто заболевание остается нераспознанным. Особенно сложны диагностика и терапия у женщин ввиду особенностей женского организма и большого количества заболеваний органом малого таза.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, синдром хронической тазовой боли, женщина, боль, симптом.

CHRONIC PELVIC PAIN IN WOMEN – INTERDISCIPLINARY PROBLEM

Ziganshin A.M.¹, Nazmutdinova R.R.¹, Nurtdinova I.G.¹, Lando E.I.¹

¹FGBEI HE Bashkir State Medical University of Ministry of Health of Russian Federation, Ufa, e-mail: zigaidar@yandex.ru

A review of domestic and foreign literature on the current interdisciplinary problem of chronic pelvic pain was conducted. Despite the large number of publications on this topic, there is still no common view on the etiology, pathogenesis, diagnosis and therapy of this pathology. In a significant number of cases in 30–60%, the cause of chronic pelvic pain remains undetected, which leads to a lack of timely treatment. A feature of this disease is extensive clinical symptoms, often leading to a significant decrease and deterioration in the quality of life, as it affects the physical, emotional component of life. Very often, the disease is masked under the symptoms of urological, proctological, neurological, vascular, musculoskeletal, gynecological, mental and other diseases, while having an independent nosological name. A feature of this disease is the fact that its symptoms can be observed in different combinations and varying degrees of severity, which worsens timely diagnosis, causes difficulties in prescribing treatment, often remaining unrecognized. Especially difficult diagnosis and therapy in women due to the peculiarities of the female body and a large number of diseases in the pelvis.

Keywords: chronic pelvic pain, chronic pelvic pain syndrome, women, pain, symptom.

Одной из значимых проблем современности является хроническая тазовая боль (ХТБ), которая представляет собой многофакторное патологическое состояние, ее симптомы могут наблюдаться в разной степени выраженности и в различных сочетаниях, создавая значительные сложности в диагностике [1, 2]. Данная проблема охватывает большой круг специалистов: хирургов, проктологов, урологов, гинекологов, онкологов, гастроэнтерологов, невропатологов, психиатров, специалистов функциональной диагностики и других специалистов [3, 4].

Цель обзора литературы заключается в систематизации современных данных об особенностях течения хронической тазовой боли.

ХТБ, или синдром Тейлора (Taylor's syndrome, 1949) [5], по мнению D.H. Zerman (2002), на сегодня является «диагностической и терапевтической головоломкой» для врачей различных специальностей [6]. Дискуссии исследователей, изучающих данную проблему, заставляют искать новые методы для диагностики и терапии данного заболевания.

На сегодня тазовую боль (ТБ) принято трактовать как «боль в структурах малого таза, испытываемую мужчиной и/или женщиной» [3]. Длительное время данный диагноз устанавливали в тех случаях, когда боль беспокоила в течение 6 и более месяцев, или при неэффективности проводимой консервативной терапии [1]. Однако в настоящее время национальные руководства многих стран рекомендуют пользоваться новыми клиническими рекомендациями, разработанными Европейской ассоциацией урологов (ЕАУ) (2018). В данных рекомендациях ХТБ классифицируется по трем основным аспектам: фенотипу (описание состояния), терминологии (описание фенотипа) и таксономии (расстановка фенотипов в последовательности). Согласно данной классификации ТБ разделяют на урологическую, гастроинтестинальную, неврологическую, сексуальную, психологическую, гинекологическую и скелетно-мышечную сферу. Применение данной классификации исследования фенотипа дает возможность выявления более точной локализации боли на органах-мишенях, что позволяет полноценно оценить все симптомы заболевания и улучшить диагностику, а вместе с ней лечение [7].

Некоторые авторы предлагают использовать в клинической практике систему фенотипирования, или так называемую Гипотезу снежинки (2009) [8], согласно которой предлагается концепция, что не существуют двух одинаковых пациентов, так же как и двух похожих снежинок, хотя в целом снежная масса может выглядеть большой и однородной. На основании этого Nickel et al. (2009) предложили систему UPOINT, состоящую из 6 доменов (координат): урологические симптомы, психосоциальная дисфункция, органоспецифический, инфекционный, неврологический и мышечно-спастический домены. Каждая из координат имеет собственное клиническое определение, связанное с определенным механизмом появления или распространения симптомов, и ассоциирована с определенным видом терапии [8].

В отличие от указанной классификации ЕАУ выделяет 3 механизма развития ХТБ: механизм непрерывной острой боли, в которую могут вовлекаться соматические и висцеральные ткани; механизм хронической боли, затрагивающий центральную нервную систему, и механизм, затрагивающий эмоциональную, когнитивную, поведенческую и сексуальную сферы [7].

По данной классификации ХТБ характеризуется наличием постоянной или персистирующей ТБ длительностью более 6 месяцев, которая ощущается в структурах,

связанных с тазом, и сопровождается негативными когнитивными, поведенческими, сексуальными и эмоциональными реакциями, а также симптомами, указывающими на нарушения функции нижних мочевыводящих путей, кишечника, гинекологических органов и сексуальной сферы. Неспецифической при которой не доказано наличие инфекции или других местных патологий, рекомендуется использовать термин синдром хронической тазовой боли (СХТБ). Если боль четко локализована в определенном органе, то целесообразно использовать термин «орган-мишень», что более специфично. При этом если боль относится к нескольким органам, то рекомендуется пользоваться термином «синдром хронической тазовой боли» [7]. Таким образом, СХТБ представляет собой хроническую тазовую боль, при которой не доказано наличие локальной патологии и инфекции, которые могли бы обусловить данную боль, поэтому она сопровождается наличием постоянных или повторяющихся эпизодов в различных структурах таза. Боль нередко ассоциируется с симптомами мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункциями и/или нарушением функции органов тазового дна при отсутствии инфекции и другой очевидной патологии [1].

Согласно эпидемиологическим исследованиям ХТБ встречается у 5–8% мужчин и у 6–27% женщин [7]. В гинекологической практике тазовая боль (ТБ) в 15–27% случаев наблюдается у женщин репродуктивного возраста [3]. Однако исследования частоты данного заболевания противоречивы ввиду существующих различий между методами оценки и странами с ее высокой распространенностью. В европейских странах (2004) ТБ отмечается у 19% взрослых лиц [9]. По данным исследований в Великобритании (2004) распространенность ее у женщин старше 25 лет составляет 14,8% [4], в Новой Зеландии (2004) две трети женщин из 2261 исследуемых в возрасте от 18 до 50 лет страдают от проблем, связанных с данной патологией, среди них 25,4% женщин отмечают наличие болевого синдрома, не ассоциированного ни с менструальным циклом, ни с сексуальной активностью, у остальных 47,7% женщин диагноз остался невыясненным [10]. Все это требует более тщательного изучения клинических проявлений ТБ и проведения своевременной и более детальной диагностики, в том числе и дифференциальной.

В урологической практике наблюдаются значительные вариации распространенности мочепузырного болевого синдрома (МБС), относящегося к СХТБ, которые составляют от 0,06% до 30%. При этом женщины страдают в 10 раз чаще, чем мужчины [1]. Некоторые авторы отмечают, что ведущую роль в развитии МБС играет вегетативная дисфункция с преобладанием тонуса симпатической нервной системы [11]. Распространенность МБС не зависит от расовой и этнической принадлежности [2], по данным разных источников в среднем он наблюдается от 5 до 50% населения, при этом не исключаются механизмы

нейропатической гиперчувствительности после перенесенных инфекций мочевыводящих путей [12]. Уретральный болевой синдром также может быть формой МБС ввиду анатомической близости мочевого пузыря и уретры, а значит, к нему применимы те же механизмы развития, что и при МБС [1]. При интерстициальном цистите свыше 90% пациентов, страдающих ТБ, – женщины. При этом отмечается, что у них заболевание часто сочетается с фибромиалгией, синдромом хронической усталости, синдромом раздраженного кишечника, что указывает на общность патогенетических механизмов формирования боли [13].

Наиболее частой причиной ХТБ среди гинекологических пациенток является сочетание варикозного расширения вен малого таза в 37–40% случаев, эндометриоза в 20–25% случаев и воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Среди данных пациенток наиболее часто отмечаются хронический сальпингоофорит – 10–15%, миома матки – 10–12%, альгодисменорея и кистозные изменения яичников – 5–6%, но правильный диагноз при этом устанавливают лишь у 2% пациенток [14, 15]. В целом распространенность варикозной болезни вен малого таза у женщин репродуктивного возраста достигает 10–25% и зависит от их возраста, локализации процесса, а также от наличия сопутствующей гинекологической патологии [16]. В результате венозного полнокровия в малом тазу происходит нарушение кровообращения в нервных сплетениях, которое ведет к повреждению последних и не позволяет исключить нейрогенный характер такой боли [15]. Часто заболевание у женщин рассматривается как последствия перенесенного ВЗОМТ [14]. Иногда женщины с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов страдают от приступов почечных коликов, отмечая при этом болезненность мышц спины на уровне ThX – L1 позвонков, но диагноз ХТБ им не выставляется, что приводит к несвоевременному началу лечения [17].

Боль во влагалище или в области наружных половых органов у женщин может быть связана как с инфекцией, так и с травмой после родов или операций, что также требует исключить наличие бактериальных и вирусных патогенов в половых путях, поскольку они могут привести к тяжелому болевому синдрому в области малого таза, влагалища и вульвы, вызывать язвенное поражение и воспалительный процесс в малом тазу [13]. Опрос женщин в возрасте 16–49 лет, страдающих ХТБ, в Австралии (2008) выявил, что дисменорея у них наблюдается в 71% случаев, диспареуния – в 14% случаев, при этом неустановленная причина тазовой боли составляет 21,5% случаев [18]. Некоторые авторы связывают возникновение боли у женщин с проведенными оперативными вмешательствами: в 27% случаев после лапароскопических операций и в 15% случаев после гистерэктомии. По мнению других авторов, тазовая боль у женщин может быть вызвана наличием

эндометриоза, венозного застоя, являться последствием перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза и других гинекологических заболеваний, что необходимо учитывать при постановке диагноза [16].

В проктологической практике ТБ у женщин часто ассоциируется с синдромом опущения тазового дна (в 51% случаев), в 27% случаев характеризуется как аноректальный спазм. При диагнозе ХТБ у проктологических больных необходимо провести дифференциальную диагностику с кокцигодинией, наблюдаемой в 16,5% случаев, и невралгией срамного нерва – в 4,5% случаев [19].

В неврологической практике распространенность ХТБ у женщин составляет 14–23%, при этом у неврологических больных наиболее часто отмечается гипердиагностика остеохондроза позвоночника, являющаяся основной причиной СХТБ [20]. В неврологии принято подразделять больных по жалобам: боль в копчике в результате травмы (падение на ягодицы), после родов, блокад крестцово-копчикового сочленения. При этом не учитываются истинные причины копчиковой боли, которая зачастую носит отраженный характер и может быть связана с грыжей нижних поясничных дисков, опухолью позвоночника и другой патологией [19, 20]. Часто при установлении диагноза необходимо учитывать наличие висцеральной гипералгезии, которая развивается вследствие частичного пересечения путей иннервации двух пораженных органов, из-за чего происходит взаимное усиление болевой импульсации [1].

Иногда ТБ может возникнуть после оперативных вмешательств на органах малого таза и выраженного спаечного процесса после нейрохирургических, колоректальных, урологических и гинекологических вмешательств, а также после неопластических заболеваний, инфекций, травм (сидение в течение длительного времени, перелеты и/или езда на велосипеде), что также необходимо учитывать при постановке диагноза [14]. Кроме того, многие операции на тазовом дне, включая кольпопексию к крестцово-остистым связкам, в ряде случаев могут приводить к повреждению срамного нерва, особенно при операциях по поводу онкологических заболеваний на органах малого таза [7]. Роды и напряжение брюшной полости, вызванное хроническими запорами, также могут вызывать опущение тазового дна в постменопаузальном возрасте и натяжение срамного нерва, сопровождающееся тазовой болью [21]. Дисфункция мышц тазового дна при этом выявляется и у пациенток с ХТБ независимо от наличия воспаления в малом тазу, она способна напрямую оказывать влияние на функцию тазовых органов [1].

Некоторые авторы считают, что именно дисфункция тазового дна может привести к значительным клиническим проявлениям тазовой боли [19]. Определенную роль в развитии заболевания играет активация триггерных точек, расположенных в мышцах брюшной

стенки, ягодичных мышцах и грушевидной мышце [20, 22]. Это способствует развитию мышечно-тонических нарушений в виде стойкого напряжения мускулатуры спины и поясницы и сопровождается нарушением осанки и биомеханики позвоночника [23]. Возникающие при этом компрессионная невралгия полового нерва и болевой миофасциальный синдром с образованием миотонических узлов часто становятся причиной хронического тазового болевого синдрома, не связанного с инфекционно-воспалительными процессами в органах малого таза и вертеброгенной патологией [7].

У женщин тазовая боль способна вызывать физические и психоэмоциональные расстройства: бессонницу, потерю аппетита, семейные и сексуальные проблемы, приводящие к разводу, депрессию, потерю трудоспособности, психологические расстройства [9, 24, 25]. Многие исследователи отмечают тесную взаимосвязь между ХТБ и психологическими расстройствами, так как у женщин, страдающих ТБ, психологические расстройства более выражены и выявляются в 60% случаев [24].

Однако некоторые авторы отмечают, что психоэмоциональные расстройства и СХТБ могут существовать как вместе, так и независимо друг от друга, усугубляя проявление и течение симптоматики любого соматического заболевания [14]. У больных по мере формирования и развития процесса развивается негативная эмоциональная реакция в виде тревоги, стресса, депрессии, которым, как правило, сопутствуют различные вегетативные нарушения в тазовых органах [26]. В некоторых случаях стресс способен вызывать длительные биологические изменения, при которых могут формироваться связи между хроническими болевыми синдромами и негативными событиями, особенно на ранних этапах жизни больного [27]. В литературе имеются сведения о взаимосвязи между изнасилованием и ХТБ, когда недавнее сексуальное насилие вызывало тазовую боль у женщин, проявляясь как посттравматическое стрессовое расстройство [28]. Для исследования взаимосвязи между сексуальным, физическим насилием и медицински необъяснимой болью, включающей хроническую тазовую боль, были использованы протоколы судебных заседаний, чтобы сравнить состояние здоровья исследуемых женщин с их одноклассницами [29]. У мужчин также отмечается связь ТБ с сексуальным или физическим насилием в детском возрасте, но лишь в небольшом числе исследований [28]. Поэтому мужчины, перенесшие сексуальное и физическое насилие или эмоциональную перегрузку в прошлом, подтверждены высокому риску возникновения ТБ в последующем [30].

Все это в дальнейшем может привести к значительному нарушению качества жизни и развитию ряда сексуальных расстройств у женщин и мужчин: отказу или избеганию сексуальных отношений, вагинизму [25]. Оценка качества жизни женщин, страдающих данной патологией, показала, что 40 из 64 женщин в дальнейшем избегали сексуальных

отношений в супружеской жизни [24]. В другом исследовании отмечено, что у 2/3 женщин с ТБ наблюдалось снижение частоты половых актов, 78% женщин и 84% половых партнеров отмечали ухудшение половой жизни вплоть до полного ее прекращения [28]. В исследовании пациентов, включенных в программы лечения в Англии, в 73% случаев была выявлена частота сексуальных расстройств, связанных с болью у мужчин и женщин [4]. В европейском исследовании (2006), посвященном оценке влияния ТБ на качество жизни, показано, что у 66% пациенток боль была умеренной, у 34% – тяжелой, при этом она носила постоянный характер у 46% пациенток и периодический характер у 54% пациенток. При этом 59% пациенток отметили, что они страдали от боли от 2 до 15 лет, боль способствовала у них развитию депрессии в 21% случаев, снижала работоспособность в 61% случаев, вследствие чего 19% исследуемых были вынуждены потерять работу, 13% – поменять квалифицированную работу на менее квалифицированную из-за выраженной и нестерпимой боли. Кроме того, лишь 60% лиц обращались к врачу по поводу боли от 2 до 9 раз в течение последних 6 месяцев, и только 2% пациентов отметили, что наблюдались у специалиста по лечению боли [9]. В систематическом обзоре факторов риска хронической нециклической ТБ у женщин показано влияние следующих факторов: сексуальное и/или физическое насилие; психологические проблемы (тревожность, депрессия); множественные соматические и психосоматические симптомы [11]. Выявление и оценка этих аспектов на ранних этапах диагностики позволят уменьшить выраженность клинических симптомов, связанных с болью, и повысить качество жизни пациенток с ХТБ [3].

Таким образом, ХТБ является актуальной междисциплинарной проблемой современности, решение которой требует участия многих специалистов. Имеется множество заболеваний, основным симптомом которых является ТБ, так как причины ее возникновения многогранны и объединяют множество этиологических и патогенетических факторов. Длительная ТБ у женщин очень часто вызывает трудности в диагностике и терапии в дальнейшем ввиду особенностей строения женского организма и наличия большого количества заболеваний органов малого таза, включающих урологические, гинекологические, неврологические состояния, а также заболевания кишечника, опорно-двигательного аппарата и других органов и систем. При этом необходимо учитывать, что при ХТБ могут развиваться психологические расстройства, оказывающие значительное негативное влияние на качество жизни пациентов. Все это требует более тщательной диагностики, чтобы поставить точный диагноз и определить дальнейшую тактику лечения.

Список литературы

1. Bonkat G., Pickard R., Bartoletti R., Cai T., Bruyère F., Geerlings S.E., Köves B., Wagenlehner F. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2018. P. 1-66.
2. Vehof J., Zavos H.M., Lachance G., Hammond C.J., Williams F.M. Shared genetic factors chronic pain syndrome. *Pain*. 2014. Vol. 155. No. 8. P. 1562-1568.
3. Ploteau S., Labat J.J., Riant T., Levesque A., Robert R., Nizard J. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology and multidisciplinary management. *Discov. Med.* 2015. Vol.19. No. 104. P.185-192.
4. Ayorinde A.A., Bhattacharya S., Druce K.L., Jones G.T., Macfarlane G.J. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. *Eur. J. Pain*. 2017. Vol. 21. No. 3. P. 445-455.
5. Taylor H.C. Vascular congestion and hyperemia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1949. Vol. 57. No. 2. P. 211-230.
6. Visaria S.D., Davis J.D. Pelvic vein thrombosis as a cause of acute pelvic pain *Obstet Gynecol.* 2002. Vol. 99. No. 5. P. 897-899.
7. Engeler D., Baranowski A.P., Borovicka I. D., Cottrell A.M., Dinis-Oliveira P., Elneil S., Hughes J., Messelink E.J., de C Williams A.C. Guidelines on chronic pelvic pain. EAU. 2018. P. 1-82.
8. Nickel J.C., Shoskes D., Irvine-Bird K. Clinical phenotyping of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a key to classification and potentially improved management. *J. Urol.* 2009. Vol. 182. P. 155-160.
9. Breivik H., Gordh T., Kalso E., Jensen T.S., Lindal E. Scandinavian Journal of Pain: A networking and publishing tool for pain researchers and pain clinicians in the Nordic countries. *Scand. J. Pain*. 2010. Vol.1. No. 1. P. 1-2.
10. Grace V.M, Zondervan K.T. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust. N Z J. Public Health*. 2004. Vol. 28. No. 4. P. 369-375.
11. Chelimsky G., Simpson P., McCabe N., Zhang L., Chelimsky T. Autonomic Testing in Women with Chronic Pelvic Pain. *J. Urol.* 2016. Vol. 196. No. 2. P. 429-434.
12. Sung Tae Cho. Is Urethral Pain Syndrome Really Part of Bladder Pain Syndrome? *Urogenit Tract Infect.* 2017. Vol. 12. No. 1. P. 22-27.

13. Warren JW1, Wesselmann U, Morozov V, Langenberg PW. Numbers and types of nonbladder syndromes as risk factors for interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology*. 2011. Vol. 77. No. 2. P. 313-319.
14. Шурпяк С. А. Синдром хронической тазовой боли в гинекологической практике (обзорная статья) // *Health of woman*. 2016. № 6. С. 12-18.
15. Anothaisintawee T., Attia J., Nickel J.C., Thammakraisorn S., Numthavaj P., McEvoy M., Thakkinstian A. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA*. 2011. Vol. 305. No. 1. P. 78-86.
16. Gavorník P., Holomán K., Gašpar E., Dukát A., Komorníková A., Gavorník E. Pelvic venous congestion syndrome - diagnosis and management. Guidelines of the angiology section of slovak medical chamber. *Vnitr. Lek*. 2015. Vol. 61. No. 3. P. 244-250.
17. Chang L. Brain responses to visceral and somatic stimuli in irritable bowel syndrome: a central nervous system disorder? *Gastroenterol. Clin. North. Am*. 2005. Vol. 34. No. 2. P. 271-279.
18. Pitts M.K., Ferris J.A., Smith A.M., Shelley J.M., Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med. J. Aust*. 2008. Vol. 189. No. 3. P. 138-143.
19. Кайзер А.М. Колоректальная хирургия: пер. с англ. М.: Бином, 2011. 751 с.
20. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Миофасциальный болевой синдром: диагностика и лечение // *Клиницист*. 2010. № 1. С.55-59.
21. Кулавский В.А., Зиганшин А.М., Кулавский Е.В. Клинические аспекты профилактики спаечного процесса при острых воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин // *Акушерство и гинекология*. 2019. № 2 (14). С. 14-20.
22. Зайцев А.В., Шаров М.Н., Кан Я.Д. Хроническая тазовая боль. Современное мультимодальное представление о проблеме. Перспективы диагностики и лечения // *Российский журнал боли*. 2015. № 2. С. 3–8.
23. Воробьева О.В. Болезненный спазм мышц тазового дна как причина хронических тазовых болей у женщин // *Фарматека*. 2011. № 5. С. 51–55.
24. Riegel B., Bruenahl C.A., Ahyai S., Bingel U., Fisch M., Löwe B. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/ CPPS) in men - a systematic review. *J. Psychosom. Res*. 2014. Vol. 77. No. 5. P. 333-350.
25. ter Kuile M.M., Weijnenborg P.T., Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *J. Sex. Med*. 2010. Vol. 7. No. 5. P. 1901-1910.

26. Абусева Б.А., Ханмурзаева С.Б., Камчатнов П.Р. Клинические особенности синдрома хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп // Мед. алфавит. 2016. Т. 4, № 26. С. 26-30.
27. Зиганшин А.М., Кулавский В.А. Влияние родов через естественные родовые пути на сексуальное здоровье супружеской пары // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=8196> (дата обращения: 09.10.2019).
28. Paras M.L., Murad M.H., Chen L.P., Goranson E.N., Sattler A.L., Colbenson K.M., Elamin M.B., Seime R.J., Prokop L.J., Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009. Vol. 302. No. 5. P. 550-561.
29. Raphael KG1, Widom CS. Post-traumatic stress disorder moderates the relation between documented childhood victimization and pain 30 years later. Pain. 2011. Vol. 152. No. 1. P. 163-169.
30. Larsen ML1, Hilden M. Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish Assault Center. J. Forensic Leg. Med. 2016. Vol. 43. P. 8-11.