

УДК 618.17–008.1:159.9	UDC 618.17–008.1:159.9
ДИСПАРЕУНИЯ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ САМООЦЕНКУ, ВЗАИМООТНОШЕНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА ЖЕНЩИНЫ	DYSPAREUNIA AS A FACTOR REDUCING SELF-ESTIMATION, RELATIONSHIPS, QUALITY OF LIFE AND PRODUCTIVITY WOMEN
Кокорева Галина Алексеевна	Kokoreva Galina Alexeevna
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар	SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar
Мальцева Ольга Дмитриевна	Maltseva Olga Dmitrievna
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар	SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar
Цель. Выявить наиболее значимые клиничко-анамнестические факторы риска развития диспареунии у женщин по мере их важности и влияния на социально-бытовую, физиологическую и психологическую составляющие жизни. Материал и методы. Анализ научной литературы, результатов анонимного анкетирования пациенток. Результаты. В ходе проведенного анализа научных работ, результатов анонимного анкетирования женщин, столкнувшихся с этой проблемой, выявлены основные причины и факторы, способствующие развитию диспареунии. Заключение. Установление основных причин и факторов, способствующих развитию диспареунии, позволяет выстроить правильный вектор взаимодействия с пациентками, столкнувшимися с этой проблемой, а также оценить возможные физические, сексуальные и психосоциальные причины возникновения боли.	Aim of the study. To identify the most significant clinical and anamnestic risk factors for the development of dyspareunia in women in order of their importance and impact on the social, physiological and psychological components of life. Material and methods. Analysis of scientific literature, results of anonymous questionnaires of patients. Results. According to analysis of scientific papers, results of anonymous questionnaires of women who faced this problem, the main causes and factors contributing to the development of dyspareunia were revealed. Conclusion. Establishing the main causes and factors contributing to the development of dyspareunia allows building the correct vector of interaction with patients who faced this problem, as well as to assess possible physical, sexual and psychosocial causes of pain.
Ключевые слова: ДИСПАРЕУНИЯ, ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, ВАГИНИЗМ, МИОФАСЦИАЛЬНАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ	Key words: DYSPAREUNIA, GENITOURINARY MENOPAUSAL SYNDROME, VAGINISMUS, PELVIC MYOFASCIAL PAIN

Диспареуния – это вульвовагинальная или тазовая боль, которая провоцируется или усиливается во время сексуального контакта [1, 2]. Лица с сексуальными болевыми расстройствами испытывают их в гениталиях непосредственно перед, в процессе, после полового акта или других сексуальных действий, затрагивающих клитор, вульву, влагалище и/или промежность. Боль может быть легкой или сильной, генерализованной или локализованной, пожизненной или приобретенной, идиопатической или вторичной [3].

Цель исследования. Выявить значимые клинико-anamнестические факторы риска прогрессирования диспареунии у женщин по мере их важности и установить их влияние на социально-бытовую, физиологическую и психологическую составляющие жизни. Проанализировать и обобщить накопленные научные данные в отношении методов диагностики диспареунии, ассоциированной с дисфункцией мышц тазового дна.

Материал и методы. Проведенный анализ научной литературы (материалов статей, монографий), результатов анонимного анкетирования женщин показал, что диспареуния оказывает негативное влияние на здоровье женщины, уровень самооценки, взаимоотношения, качество жизни и производительность труда. У пациентки боль может быть более одной этиологии, поэтому подходы к решению проблемы варьируют от анатомических до сложных биопсихосоциальных. Выявить причину (причины) боли бывает затруднительно.

Результаты

Различают следующие варианты диспареунии:

- первичная – боль при введении во влагалище возникает с момента начала коитуса [4];
- вторичная – боль проявляется через некоторое время после безболезненной сексуальной активности [4];
- поверхностная – ограниченная вульвой или входом во влагалище [5];

- глубокая – связана с проникновением, проявляется в более глубоких частях влагалища или нижней части таза [5];
- неспособность добиться вагинального введения (вагинизм) [5];
- повторяющаяся или постоянная боль при половом акте, вызывающая дистресс (страдают примерно от 10 до 20 % женщин) [5].

1. Поверхностная диспареуния (дистальная сексуальная боль)

Дистальная диспареуния относится к боли при контакте с вульвой или введении во влагалище, она распространяется на ее дистальный отдел и/или вульву. Основные причины возникновения дистальной диспареунии: снижение уровня эстрогена, уменьшение смазки, синдром миофасциальной тазовой боли, вульводиния (продолжительные дискомфорт или болезненность в вульве неизвестной причины), изменения анатомии влагалища (врожденные аномалии, кожные заболевания и изменения после процедуры).

В результате физиологических, фармакологических или ятрогенных процессов происходит снижение уровня эстрогена в сыворотке крови, что сказывается на изменении тканей, уменьшении смазки и способствует развитию вульвовагинальной тазовой боли.

Использование гормональной контрацепции может быть связано с вестибулодинией, спровоцированной гормонами. Прием комбинированных оральных контрацептивов обусловлен снижением уровня гормона эстрадиола в сыворотке крови, свободного тестостерона, повышением уровня глобулина, связывающего половые гормоны, и уменьшением толщины малых половых губ и эпителия влагалища [11, 12]. В настоящее время точный механизм изменения циркулирующих половых гормонов, вызывающий сексуальную боль, не выяснен.

Послеродовой и лактационный периоды являются гипоэстрогенными гормональными состояниями [13]. Грудное вскармливание связано с повы-

шенным риском диспареунии [14, 15]. Врач должен оценить наличие признаков гипоестрогении, однако отсутствует четкая взаимосвязь клинических проявлений атрофии и диспареунии [16]. Если местная терапия эстрогенами не облегчает симптомы, следует искать другую этиологию.

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) – совокупность симптомов и признаков, связанных со снижением уровня эстрогена и других половых стероидов, включающих изменения больших/малых половых губ, клитора, преддверия/интритуса, влагалища, уретры и мочевого пузыря.

К симптомам ГУМС относятся (не ограничивается):

- генитальные – сухость, жжение и раздражение;
- сексуальные – отсутствие смазки, дискомфорт или боль, нарушение функции;
- ургентности – дизурия и рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей [17].

Сухость влагалища, распространенный симптом ГУМС могут возникнуть на ранних стадиях менопаузального перехода. Увеличение продолжительности менопаузы связано с повышенным риском развития сухости влагалища [18].

Снижение функции яичников, например, патологическое состояние преждевременной их недостаточности после лучевой терапии или двусторонней овариэктомии в результате низкого уровня эстрогена в сыворотке крови может привести к вульвовагинальной боли. Исследования свидетельствуют о том, что сухость влагалища усиливается у лиц с наступившей хирургической менопаузой (перенесенная двусторонняя овариэктомия), по сравнению с естественной менопаузой [19].

Антиэстрогенная терапия селективными модуляторами рецепторов эстрогена и ингибиторами ароматазы может привести к вульвовагинальной атрофии, включая истончение эпителия влагалища, снижение эластичности и уменьшение смазки. Пациенты, получающие антиэстрогенную терапию,

могут дополнительно испытывать уменьшение оргазмической функции и сексуального удовлетворения [20].

Снижение уровня циркулирующего эстрогена влияет на уменьшение вагинальной смазки, что способствует развитию симптомов диспареунии [20, 21].

Прием комбинированных оральных контрацептивов, содержащих эстрадиол и прогестин, связан с повышенной сухостью влагалища [22]. Назначение гормональных контрацептивов, таких как вагинальное кольцо, имплантат и внутриматочная спираль (ВМС) с левоноргестрелом не связано с уменьшением выделения влагалищной смазки [23].

Физиологическое возбуждение обычно увеличивает смазку половых органов и приток крови [24]. Такие медицинские и психологические состояния, как гипотиреоз [25], сахарный диабет [26], гипертония [27], депрессия, болезни сердца [28], болезнь Шегрена [29], синдром Бехчета [30], связаны со снижением физиологического возбуждения и/или выработки смазки [31, 32].

Гистерэктомия с овариэктомией или без нее была обусловлена сухостью влагалища [33]. Радикальная гистерэктомия обычно приводит к усилению сексуальной боли по сравнению с тотальной гистерэктомией по доброкачественным показаниям. Пациентки, перенесшие лапароскопическую радикальную гистерэктомию с сохранением нервов, сообщили о меньшем снижении выделения влагалищной смазки по сравнению с женщинами после традиционного хирургического вмешательства [34].

Любой дерматологический процесс, вызывающий раздражение вульвы, влагалища, боль или образование рубцов, способствует развитию диспареунии.

Беременность и роды могут привести к диспареунии. Пациентки сообщали о послеродовой диспареунии как после кесарева сечения, так и в течение 8 мес после вагинальных родов [51].

При оперативном родоразрешении усиление сексуальной боли отмечали в течение 12 мес после родов [52].

Пациентки с разрывами промежности второй, третьей или четвертой степени подвергаются более высокому риску развития диспареунии по сравнению с женщинами без разрывов промежности или с разрывами губ или влагалища и/или промежности первой степени [53, 54].

Хирургическая операция, процедура или травма, которые могут вызвать образование рубца, грануляционной ткани или повреждение нерва, способствуют развитию диспареунии (хирургическое лечение кист бартолиновой железы, лазерное лечение вульвы или влагалища, лабиопластика, хирургическое лечение рака невыявленного первичного очага (НПО)) [59–63].

2. Глубокая диспареуния (проксимальная сексуальная боль)

Проксимальная диспареуния относится к глубокой вагинальной, маточной или тазовой боли, обусловленной сексуальной активностью. Следующие гинекологические заболевания, а также методы их лечения могут быть связаны с глубокой диспареунией.

Эндометриоз способствует развитию проксимальной диспареунии посредством множества механизмов, включая дисменорею, глубокую инфильтрацию окружающих органов (например, кишечника, мочевого пузыря), эндометриомы и сосудистые изменения [64–69].

У лиц как с доброкачественными, так и злокачественными новообразованиями придатков наблюдают проксимальную диспареунию, воспалительные заболевания органов малого таза или другие инфекции органов брюшной полости (например, аппендицит, ректовагинальный абсцесс).

Миома матки обычно не вызывает боли, но при дегенеративных изменениях приводит к диспареунии.

Гистерэктомия по любым показаниям может вызвать проксимальную диспареунию. Механизмы включают укорочение влагалища [70,71], невропатическую боль [72], грануляционную ткань, тазовые или вагинальные спайки.

3. Вагинизм и синдром миофасциальной тазовой боли

Болевое расстройство опорно-двигательного аппарата, негативно влияющее на самочувствие женщины. Исторически термин «вагинизм» обозначает произвольный мышечный спазм при вагинальном проникновении. Определение и критерии включения симптомов эволюционировали. При отсутствии идентифицируемой этиологии пациенткам требуется мультимодальная терапия.

Пациенток обследовали на предмет выявления причин возникновения симптомов. Диагностированная этиология лечится соответствующим образом (например, боль, связанная с генитоуринарным менопаузальным синдромом (ГУМС)). Независимо от того, выявлена прямая причина или нет, пациенткам может потребоваться дополнительная терапия симптомов страха или тревожности, которые являются результатом либо ожидаемой боли [73–76].

Единого метода лечения вагинизма не существует. Пациенткам часто помогает мультимодальный подход, включающий миофасциальную физиотерапию органов малого таза, медикаментозное лечение и другие вмешательства (например, инъекции в триггерные точки), а также поддержку психического здоровья (например, психиатрию боли или когнитивно-поведенческую терапию) [75–78].

Многие женщины с сексуальной болью испытывают значительную тревогу по поводу гинекологического обследования. Дополнительными элементами, улучшающими общение с пациенткой, являются конфиденциальная обстановка и достаточное время для обсуждения проблемы и ответов на вопросы.

Перед обследованием врач спрашивает пациентку о предыдущем опыте гинекологического обследования и получает устное согласие.

Алгоритм превентивных мер для уменьшения беспокойства и дискомфорта:

Договоритесь с пациенткой о том, что обследование будет прекращено по ее просьбе. Нежелание его продолжить может усугубить предыдущую травму. Предоставление возможности контролировать темп обследования обеспечивает чувство контроля, которое ослабляет беспокойство.

Спросите женщину, желает ли пригласить на обследование человека из службы поддержки или взять электронное устройство (например, музыкальный или видеоплеер).

Предложите пациентке ручное зеркальце, чтобы она могла наблюдать за проведением обследования и, возможно, изучить свое анатомическое строение.

Уточните у пациентки, не предпочитает ли она пройти обследование в течение нескольких визитов.

Модель общения PEARLS [79, 80], предназначенная для начала разговора о сексуальном здоровье:

Р: Врач должен признать, что это ПАРТНЕРСТВО, и они участвуют в нем вместе.

Е: Врач должен выразить понимание и СОПЕРЕЖИВАНИЕ.

Ответ: Врач должен обратиться к любым неудовлетворенным ожиданиям с ИЗВИНЕНИЯМИ.

Р: Врач должен признать любое страдание или неудовлетворенность пациента с УВАЖЕНИЕМ / РЕФЛЕКСИЕЙ.

L: Врач должен ОБОСНОВАТЬ опасения и чувства пациентки

Субъект: Врач должен ПОДДЕРЖАТЬ пациентку и подчеркнуть, что он продолжит работать с ней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диспареуния – распространенный симптом в женской популяции, ассоциированный с дисфункцией мышц тазового дна. Высокая распространенность указанной нозологии подтверждает важность освещения способов ее диагностики, а при сочетании с мышечной дисфункцией тазового дна – применения комплексных перинеологических методов.

Такой подход позволит улучшить диагностические возможности, совершенствовать интерпретацию результатов клинико-инструментальных методов, доступных для использования в рутинной практике. В результате будет сформирована полноценная концепция диагностики патологического состояния, что позволит оценить динамику изменений при лечении гиперкинетической дисфункции мышц тазового дна, составляющей основу диспареунии, ассоциированной с мышечным компонентом.

Установлено, в настоящее время не существует целостного подхода к диагностике диспареунии, сформировавшейся в результате гиперкинетической дисфункции мышц тазового дна, не разработаны единые диагностические критерии верификации. Необходимо проводить дальнейшие исследования, результаты которых позволят создать единый алгоритм диагностики этой нозологии.

Список литературы

1. N. Standard operating procedures for female genital sexual pain / *K. S. Fugl-Meyer, Bohm-Starke, C. Damsted Petersen et al.* // *J Sex Med.* – 2013; 10:83.
2. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015 / *M. P. McCabe, I. D. Sharlip, E. Atalla et al.* // *J Sex Med.* – 2016; 13:135.
3. Sexual dysfunctions // *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, American Psychiatric Association (Ed), Arlington, Virginia 2013. p. 423–450.
4. *Hill D. A.* Dyspareunia in Women / *D. A. Hill, C. A. Taylor* // *Am Fam. Physician.* – 2021; 103:597.
5. *Tayyeb M.* StatPearls, StatPearls Publishing / *M. Tayyeb, V. Gupta* // Treasure Island (FL). – 2021.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC, USA: American Psychiatric Association Press; 2013.
7. Recommended standardized terminology of the anterior female pelvis based on a structured medical literature review / *P. C. Jeppson, S. Balgobin, B. B. Washington et al.* // *Am J Obstet Gynecol.* – 2018; 219:26.
8. Standardized terminology of apical structures in the female pelvis based on a structured medical literature review / *S. Balgobin, P. C. Jeppson, T. Wheeler 2nd et al.* // *Am J Obstet Gynecol.* – 2020; 222:204.
9. Recommended standardized anatomic terminology of the posterior female pelvis and vulva based on a structured medical literature review / *A. J. Hill, S. Balgobin, K. Mishra et al.* // *Am J Obstet Gynecol.* – 2021; 225:169.e1.
10. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia / *J. Bornstein, A. T. Goldstein, C. K. Stockdale et al.* // *Obstet Gynecol.* – 2016; 127:745.
11. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study / *C. Battaglia, B. Battaglia, F. Mancini et al.* // *J Sex Med.* – 2012; 9:550.
12. Polymorphisms of the androgen receptor gene and hormonal contraceptive induced provoked vestibulodynia / *A. T. Goldstein, Z. R. Belkin, J. M. Krapf et al.* // *J Sex Med.* – 2014; 11:2764.
13. *Leeman L. M.* Sex after childbirth: postpartum sexual function / *L. M. Leeman, R. G. Rogers* // *Obstet Gynecol.* – 2012; 119:647.
14. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study / *L. Lagaert, S. Weyers, H. Van Kerrebroeck, E. Elaut* // *Eur J Contracept Reprod Health Care.* – 2017; 22:200.
15. *Szöllősi K.* The Association Between Infant Feeding Methods and Female Sexual Dysfunctions / *K. Szöllősi, L. Szabó* // *Breastfeed Med.* – 2021; 16:93.
16. Prevalence and Characteristics of Postpartum Vulvovaginal Atrophy and Lack of Association With Postpartum Dyspareunia / *A. Lev-Sagie, H. Amsalem, Y. Gutman et al.* // *J Low Genit. Tract Dis.* – 2020; 24:411.
17. *Portman D. J., Gass M. L.* Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society / *D. J. Portman, M. L. Gass* // *J Sex Med.* – 2014; 11:2865.
18. Factors associated with developing vaginal dryness symptoms in women transitioning through menopause: a longitudinal study / *L. E. Waetjen, S. L. Crawford, P. Y. Chang et al.* // *Menopause.* – 2018; 25:1094.

19. Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause? / *A. Kokcu, E. Kurtoglu, D. Bildircin et al.* // *J Sex Med.* – 2015; 12:1407.
20. *Ferreira M. N.* Dermatologic conditions in women receiving systemic cancer therapy / *M. N. Ferreira, J. Y. Ramseier, J. S. Leventhal* // *J Womens Dermatol.* – 2019; 5:285.
21. *Traish A. M.* Biochemical factors modulating female genital sexual arousal physiology / *A. M. Traish, E. Botchevar, N. N. Kim* // *J Sex Med.* – 2010; 7:2925.
22. *Smith N. K.* Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure / *N. K. Smith, K. N. Jozkowski, S. A. Sanders* // *J Sex Med.* – 2014; 11:462.
23. Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM) / *S. Both, M. Lew-Starowicz, M. Luria et al.* // *J Sex Med.* – 2019; 16:1681.
24. Concurrent measurement of genital lubrication and blood flow during sexual arousal / *K. N. Bouchard, S. J. Dawson, A. J. Shelley, C. F. Pukall* // *Biol Psychol.* – 2019; 145:159.
25. *Wang Y.* Effects of Hypothyroidism and Subclinical Hypothyroidism on Sexual Function: A Meta-Analysis of Studies Using the Female Sexual Function Index / *Y. Wang, H. Wang* // *Sex Med.* – 2020; 8:156.
26. *Kizilay F.* Diabetes and Sexuality / *F. Kizilay, H. E. Gali, E. C. Serefoglu* // *Sex Med Rev.* – 2017; 5:45.
27. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? / *L. E. Duncan, C. Lewis, P. Jenkins, T. A. Pearson* // *Am J Hypertens.* – 2000; 13:640.
28. Comparison of Correlated Comorbidities in Male and Female Sexual Dysfunction: Findings From the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / *A. Polland, M. Davis, A. Zeymo, K. Venkatesan* // *J Sex Med.* – 2018; 15:678.
29. Are the women with Sjögren's Syndrome satisfied with their sexual activity? / *H. Isik, M. Isik, O. Aynioglu et al.* // *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* – 2017; 57:210.
30. Vaginal dryness: individualised patient profiles, risks and mitigating measures / *V. Goncharenko, R. Bubnov, J. Jr. Polivka et al.* // *EPMA J.* – 2019; 10:73.
31. The effect of Behçet's disease on sexual function and psychiatric status of premenopausal women / *M. Koçak, M. M. Başar, G. Vahapoğlu et al.* // *J Sex Med.* – 2009; 6:1341.
32. *Aldridge S. A.* Drug-induced sexual dysfunction / *S. A. Aldridge* // *Clin. Pharm.* – 1982; 1:141.
33. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding / *K. McPherson, A. Herbert, A. Judge et al.* // *Health Expect.* – 2005; 8:234.
34. Nerve-sparing approach reduces sexual dysfunction in patients undergoing laparoscopic radical hysterectomy / *G. Bogani, M. Serati, R. Nappi et al.* // *J Sex Med.* – 2014; 11:3012.
35. Diagnosis and Management of Hymenal Variants: ACOG Committee Opinion Summary, Number 780 // *Obstet Gynecol.* – 2019; 133:1292.
36. Primary amenorrhea in adolescent girls: normal coitus or not? Always take a look in the physician's office / *F. Bacopoulou, G. Creatsas, G. P. Chrousos et al.* // *BMC Womens Health.* – 2014; 14:23.
37. Sexual function after pelvic organ prolapse surgery: a systematic review comparing different approaches to pelvic floor repair / *D. D. Antosh, A. A. Dieter, E. M. Balk et al.* // *Am J Obstet Gynecol.* – 2021; 225:475.e1.
38. Sexual Activity and Dyspareunia 1 Year After Surgical Repair of Pelvic Organ Prolapse / *E. S. Lukacz, A. Sridhar, C. J. Chermansky et al.* // *Obstet Gynecol.* – 2020; 136:492.
39. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association. Fifth Edition. 2013. [http:// repository. poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20dis](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20dis)

- orders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf (Accessed on September 13, 2021).
40. *Binik Y. M.* The DSM diagnostic criteria for vaginismus / *Y. M. Binik* // *Arch Sex Behav.* – 2010; 39:278.
 41. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*, 4th, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
 42. The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction Part 1: Pathophysiology of OPF and Its Impact on the Sexual Response / *A. Padoa, L. McLean, M. Morin, C. Vandyken* // *Sex Med. Rev.* – 2021; 9:64.
 43. Complex Female Pelvic Pain: A Case Series From a Multidisciplinary Clinic in Urogynecology and Physiatry / *J. N. Lillemon, R. Nardos, M. P. Kaul et al.* // *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* – 2019; 25:e34.
 44. *Burrows L. J.* The vulvar dermatoses / *L. J. Burrows, H. A. Shaw, A. T. Goldstein* // *J Sex Med.* – 2008; 5:276.
 45. Vulvar inflammatory dermatoses: an update and review / *M. P. Hoang, J. Reutter, J. A. Papalas et al.* // *Am J Dermatopathol.* – 2014; 36:689.
 46. *Goldstein A.* Perineoplasty and vaginal advancement flap for vulvar granuloma fissuratum / *A. Goldstein* // *J Sex Med.* – 2011; 8:2984.
 47. *Murphy R.* Lichen sclerosus / *R. Murphy* // *Dermatol Clin.* – 2010; 28:707.
 48. *Atia W. A.* Persistent episiotomy granulation polyps; a polysymptomatic clinical entity / *W. A. Atia, P. J. Tidbury* // *Acta Obstet Gynecol Scand.* – 1995; 74:361.
 49. Hymenal stenosis and fibrosis in two adult women / *A. T. Goldstein, S. Todd, S. Bedell, A. Tabbarah* // *Obstet Gynecol.* – 2015; 125:1117.
 50. *Varytė G.* Pelvic Radiation Therapy Induced Vaginal Stenosis: A Review of Current Modalities and Recent Treatment Advances / *G. Varytė, D. Bartkevičienė* // *Medicina (Kaunas).* – 2021; 57.
 51. Raising awareness about chronic pain and dyspareunia among women – a Swedish survey 8 months after childbirth / *B. Molin, A. Sand, A. K. Berger, S. Georgsson* // *Scand J Pain.* – 2020; 20:565.
 52. The Role of Operative Vaginal Delivery in Postpartum Sexual Dysfunction: MOODS – A Prospective Study / *N. Q. de Sousa, A. C. Borges, R. Sarabando et al* // *J Sex Med.* – 2021; 18:1075.
 53. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study / *D. Gommesen, E. Nøhr, N. Qvist, V. Rasch* // *BMJ Open.* – 2019; 9:e032368.
 54. *Fodstad K.* Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma / *K. Fodstad, A. C. Staff, K. Laine* // *Int Urogynecol J.* – 2016; 27:1513.
 55. *Kikuchi J. Y.* Surgical Repair of the Genital Hiatus: A Narrative Review / *J. Y. Kikuchi, K. S. Muñiz, V. L. Handa* // *Int Urogynecol J.* – 2021; 32:2111.
 56. *The effect of vaginal pelvic organ prolapse surgery on sexual function* / *D. Ulrich, P. Dwyer, A. Rosamilia et al.* // *Neurourol Urodyn.* – 2015; 34:316.
 57. Sexual function in women following transvaginal mesh procedures for the treatment of pelvic organ prolapse / *C. C. Liang, T. S. Lo, L. H. Tseng et al.* // *Int Urogynecol. J.* – 2012; 23:1455.
 58. Changes in female sexual function following anterior with and without posterior vaginal mesh surgery for the treatment of pelvic organ prolapse / *C. Y. Long, Y. S. Juan, M. P. Wu et al.* // *J Sex Med.* – 2012; 9:2167.
 59. *Aydogan Mathyk B.* Sexual function after Bartholin gland abscess treatment: A randomized trial of the marsupialization and excision methods / *B. Aydogan Mathyk, B. Aslan Cetin, H. Cetin* // *Eur J Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2018; 230:188.

60. Gordon C. Gonzales S., Krychman M. L. Rethinking the techno vagina: a case series of patient complications following vaginal laser treatment for atrophy / C. Gordon, S. Gonzales, M. L. Krychman // *Menopause*. – 2019; 26:423.
61. Outcomes, Techniques, and Risk Factors for Dehiscence in Central Wedge Labiaplasty / C. J. Sinnott, L. T. Glickman, N. B. Natoli et al. // *Ann Plast Surg*. – 2020; 85:S68.
62. Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: a systematic review / A. S Ramaseshan, J. Felton, D. Roque et al. // *Int Urogynecol J*. – 2018; 29:459.
63. Falk S. J. Sexual dysfunction in women with cancer / S. J. Falk, D. S. Dizon // *Fertil Steril*. – 2013; 100:916.
64. World Health Organization. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement-OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. 2008. http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf (Accessed on June 22, 2021).
65. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis / J. M. Lurie, A. Weidman, S. Huynh et al. // *PLoS Med*. – 2020; 17:e1003088.
66. Vascular Involvement: An Uncommon Histologic Finding of Rectal Endometriosis / M. Mobarki, T. Fenouil, P. M. Lavrut et al. // *Int J Gynecol Pathol*. – 2021; 40:518.
67. McKenna K. A. Dysmenorrhea / K. A. McKenna, C. D. Fogleman // *Am Fam Physician*. – 2021; 104:164.
68. Pelvic floor muscle dysfunctions in women with deep infiltrative endometriosis: An underestimated association / M. V. Fraga, L. G. Oliveira Brito, D. A. Yela et al. // *Int J Clin Pract*. – 2021; 75:e14350.
69. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients / P. Vercellini, L. Fedele, G. Aimi et al. // *Hum Reprod*. – 2007; 22:266.
70. Demco L. Pain mapping of adhesions / L. Demco // *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. – 2004; 11:181.
71. Sexual, bladder and bowel function following different minimally invasive techniques of radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer / K. Baessler, S. Windemut, V. Chiantera et al. // *Clin Transl Oncol*. – 2021; 23:2335.
72. Characterization of persistent pain after hysterectomy based on gynaecological and sensory examination / S. M. Pokkinen, K. Nieminen, A. Yli-Hankala, M. L. Kalliomäki // *Scand J Pain*. – 2016; 11:42.
73. Committee Opinion No 673 Summary: Persistent Vulvar Pain // *Obstet Gynecol*. – 2016; 128:676.
74. Hanno P. Status of international consensus on interstitial cystitis/bladder pain syndrome/painful bladder syndrome: 2008 snapshot / P. Hanno, R. Dmochowski // *Neurourol Urodyn*. – 2009; 28:274.
75. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment / P. M. Hanno, D. Erickson, R. Moldwin et al. // *J Urol*. – 2015; 193:1545.
76. Kim S. J. Sexual pain and IC/BPS in women / S. J. Kim, J. Kim, H. Yoon // *BMC Urol*. – 2019; 19:47.
77. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria) / J. J. Labat, T. Riant, R. Robert et al. // *Neurourol Urodyn*. – 2008; 27:306.
78. Pérez-López F. R. Management of pudendal neuralgia / F. R. Pérez-López, F. Hita-Contreras // *Climacteric*. – 2014; 17:654.
79. Meissner M. H. Clinical outcome after treatment of pelvic congestion syndrome: sense and nonsense / M. H. Meissner, K. Gibson // *Phlebology*. – 2015; 30:73.

80. International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Review of Epidemiology and Pathophysiology, and a Consensus Nomenclature and Process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD) / *I. Goldstein, B. R. Komisaruk, C. F. Pukall et al.* // *J Sex Med.* – 2021; 18:665.