

Синдром болезненного мочевого пузыря у пациенток с дисменореей

Painful bladder syndrome in patients with dysmenorrhea

E. V. Kulchavenya, A. A. Breusov, E. V. Briyatjuk, S. Y. Shevchenko

Pain is nowadays widespread and almost epidemic. At that viscerovisceral hyperalgesia supposed to show the sensoric projections. E.g., painful process in uterus or in intestine could present with the pain in urinary bladder. Dysmenorrhea is also a widespread medico-social problem with frequency in population according to some data as high as 95%.

We have performed an open, prospective, non-comparative study in female patients with age 17-24 years and dysmenorrhea and painful bladder. Organic causes for dysuria were excluded using cystoscopy. Vaginal investigation, cervical and urethral smear, polymerase chain reaction for common pathogens, urinalysis, urine culture, microscopy of the vaginal smear, urogenital sonography were among the routine investigations.

All patients received kanefron 2 dragee three times a day during one month and cyclodynon 1 tablet in the morning during three months. Efficacy criteria were: reduction of pain and dyspareunia (scale from 0 to 5 with 0 – absence of pain and 5 being an intolerable pain), improvement of life quality (0 – intolerable, 5 – very good), and sum of these 2 scales initially and 3 months after treatment initiation. Three months after treatment initiation all patients reported the improvement.

Drawing a conclusion, combination of kanefron and cyclodynon in patients with dysmenorrhea associated with painful bladder is grounded from the pathogenetic point of view, good tolerated and highly effective. Further studies are warranted in this direction.

Е.В. Кульчавеня^{1,2}, А.А. Бреусов³, Е.В. Брижатюк¹, С.Ю. Шевченко⁴

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России,

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,

³Медицинский центр «Биовэр», Новосибирск,

⁴ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 26» г. Новосибирска

Боль по масштабам своего распространения приобретает характер новой мировой пандемии, а в клинической практике неуклонно растет количество пациентов со стойким синдромом хронической боли, резистентным к современным противовоспалительным препаратам [1]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, общая распространенность болевых синдромов во врачебной медицинской практике составляет 11–40% [1]. Висцеро-висцеральная гипералгезия предполагает взаимную сенсорную проекцию; например, болезненный процесс в матке или кишечнике может отражаться болью в мочевом пузыре. Болезненный мочевой пузырь означает наличие постоянной или повторяющейся боли в области мочевого пузыря, усиливающейся при его наполнении и/или сопровождающийся учащенным мочеиспусканием. Болезненный мочевой пузырь оказывает негативное влияние на когнитивную, сексуальную функции, на поведение, эмоциональное состояние, обуславливая существенное снижение качества жизни. Недавние эпидемиологические исследования показали, что распространенность болезненного мочевого пузыря составляет 30% [2].

Дисменорея также является широкомасштабной медико-социальной проблемой. А.Л. Унанян и соавт. [3] определяют дисменорею как циклическую боль различной интенсивности, возникающую в дни менструации и сопровождающуюся комплексом вегетососудистых и психо-эмоциональных расстройств (тошнота, рвота, слабость,

головная боль, дискомфорт и вздутие живота, диарея и др.). Менструальная боль – частая жалоба гинекологических больных, она обычно не имеет органических предпосылок (так называемая первичная дисменорея) и предрасполагает к дисфункции центра подавления боли, формированию фибромиалгии [4]. Дисменорея нарушает социальные и эмоциональные связи [5]. Установлено, что дисменорея приводит к формированию невротических состояний [6].

Частота дисменореи по некоторым данным достигает 95% [7]. Можно сказать, что практически каждая девушка испытывала боль во время менструации. N. Habibi и соавт. выявили дисменорею у 89,1% женщин [8]. Н.И. Abdelmoty и соавт., опрашивая девочек-египтянок (средний возраст 14,7 лет), обнаружили у 95% нарушения менструального цикла, причем 22% из опрошенных девушек испытывали сильную боль во время менструации. Обращения к врачу были редки, что авторы связывают с национальными особенностями, согласно которым менструация – нечто грязное, и разговоры о ней табуированы [9]. По мнению S. Iacovides и соавт. у 45-95% женщин менструация сопровождается болью – даже в случае отсутствия патологических изменений в тазовых органах [10]. У женщин, страдающих дисменореей, снижен порог болевой чувствительности, у них существуют предпосылки к формированию синдрома хронической боли, в первую очередь – тазовой. М. Al-Jefout и соавт. обнаружили различные отклонения от физиологического течения менструального цикла у

95% девушек (дисменорея – у 93%, предменструальный синдром (ПМС) – у 65%) и только 9% из них обращались к врачу [11]. А.М. Nooh и соавт. опросили 285 студенток университета и обнаружили, что у 66,0% из них была дисменорея. У 28,4% боль была слабой, у 24,2% – умеренной интенсивности, и у 13,5% – сильной. ПМС отметили 56,1% девушек. Однако за медицинской помощью обращались всего 12,6% [12].

Следует отметить более низкую частоту дисменореи у студенток медицинских университетов по сравнению с другими группами учащихся. У студенток Забайкальской медакадемии в 52% выявили дисменорею, причем у каждой пятой – в тяжелой степени. 89,8% девушек за медицинской помощью не обращались. Возможно, это объясняется определенными профессиональными знаниями, студентки медвузов лучше понимают проблему и, соответственно, раньше получают терапию [13]. К сожалению, как показало это исследование, лечение было выбрано симптоматической направленности – но-шпа, баралгин, брал, спазган. К шестому курсу обучения частота дисменореи снижается в три раза, вероятно, благодаря замужеству, беременности и родам многих студенток. У 80% студенток Ульяновского университета наблюдалось сочетание предменструального синдрома (ПМС) и дисменореи [14].

О.В. Филиппова и Н.Ю. Черкасова, изучая потребительские предпочтения при дисменорее, обнаружили, что в случае самолечения наибольшей популярностью пользовались (в порядке убывания) но-шпа, нурофен, анальгин, пенталгин [15]. С ними согласны другие авторы, которые также отметили преимущественное применение больными дисменореей нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), спазмолитиков [10, 16]. Т.И. Рубченко показала эффективность НПВС раптен рапид (диклофенак) у 94,6% больных первичной дисменореей [17]. Монотерапия дротаверином в течение в среднем 5,7 дней также купировала боль у 89% больных дисменореей [18].

Многие исследователи предпочитают использовать альтернативные методы лечения. Так, I. Sripraset и соавт. отметили сопоставимые данные в группах, получавших в течение трех менструальных циклов комбинированные оральные контрацептивы и акупунктуру – интенсивность боли, оцениваемая в баллах, уменьшилась на треть [19]. В. Lee и соавт. использовали высокочастотную чрескожную электростимуляцию и термотерапию [20]. М.І. Ortiz и соавт. применяли психотерапию [21]. Акупунктура по специальной технике сенсации (Deqi) оказалась высоко эффективной [22].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено пилотное открытое проспективное несравнительное исследование в когорте тщательно подобранных больных. Критерии включения: небеременные женщины в возрасте 17-24 лет, страдающие дисменореей и болезненным мочевым пузырем. Критерии исключения: органические причины боли, инфекционно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, инфекции, передаваемые половым путем, мочекаменная болезнь, пороки развития мочеполовой системы, эндокринные заболевания в стадии декомпенсации, неврологические заболевания. Для исключения органической причины дизурии всем пациенткам выполняли цистоскопию. Всех осматривали на гинекологическом кресле, соскоб шейки матки и уретры исследовали методом полимеразной цепной реакции на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Выполняли общий анализ мочи, посев мочи на микрофлору, микроскопию окрашенного мазка влагалищного отделяемого, ультразвуковое исследование внутренних половых органов и мочевого пузыря.

Все пациентки принимали канефрон по 2 драже трижды в день в течение 1-го месяца и циклодинон – по 1 таблетке утром в течение 3-х месяцев.

Критерии эффективности: уменьшение боли и диспареунии (по шкале 0 – боли нет ... 5 – невыносимая боль),

улучшение качества жизни (0 – невыносимо ... 5 – превосходно). Сумму баллов оценивали исходно и через 3 месяца после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст включенных в исследование пациенток составлял $19,7 \pm 3,2$ года. Стаж неэффективного лечения антибиотиками по поводу «хронического цистита» в среднем был равен $4,7 \pm 1,6$ лет. Цистоскопически причин для дизурии не обнаружено, анализы мочи были в пределах нормы, бактериурии не было, не было выявлено признаков вагинита, ИППП исключены.

У всех пациенток присутствовала альгодисменорея (МКБ-10 регламентирует термин «дисменорея», однако устаревшее определение альгодисменорея в настоящей статье кажется нам более обоснованным, поскольку ведущим симптомом была именно боль). Возраст менархе представлен в таблице 1.

Таблица 1. Возраст менархе

Возраст	Число пациенток (%)
10-12 лет	6 (25,0)
13-15 лет	15 (62,5)
15-17 лет	3 (12,5)

Все женщины считали нерегулярную болезненную менструацию нормальным явлением, у половины из них (12 человек) подобная ситуация наблюдалась у матери и/или старшей сестры. У всех пациенток в первые один-два дня менструации была снижена трудоспособность, все были вынуждены принимать те или обезболивающие средства. Половая жизнь у всех была нерегулярная, спорадическая; удовольствие от полового акта пациентки не получали, у 14 (58,3%) – была диспареуния.

У всех также отмечалось нарушение мочеиспускания: боль в области мочевого пузыря, усиливающаяся при его наполнении и при долгом сидении, более выраженная во второй половине цикла, и дискомфорт при мочеиспускании.

Поскольку неустойчивый менструальный цикл рассматривался большинством пациенток как естественное состояние, молодые

женщины полагали, что со временем (с началом регулярной половой жизни, после родов и т.д.) наступит нормализация менструации, и в течение первых нескольких лет к врачу не обращались. Однако появление боли в области мочевого пузыря пациенток настораживало и они посещали по этому поводу гинеколога, терапевта, или уролога.

Через три месяца приема назначенных препаратов пациентки отметили существенное улучшение по всем изучаемым параметрам ($p < 0,05$) (рис. 1).

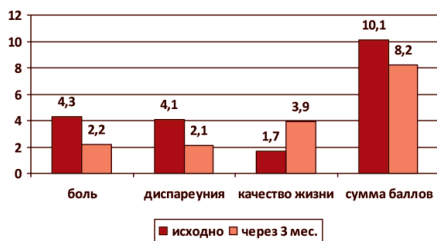


Рис. 1. Результат комплексной фитотерапии пациенток с дисменореей и болезненным мочевым пузырем.

Интенсивность боли снизилась на 48,8%, диспареуния уменьшилась вдвое, качество жизни улучшилось на 129,4%. Переносимость фитотерапии была хорошей, ни в одном случае не возникло сколько-нибудь значимых побочных эффектов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Бытовавший ранее термин «альгодисменорея», на наш взгляд, более точно отражал сущность патологического состояния, ибо именно боль, а не нерегулярность менструального цикла (что формально также является дисменореей) является главным симптомом, причиняющим значительные психоэмоциональные и физические страдания пациенткам.

Согласно МКБ-10 различают первичную (N 94.4), вторичную (N 94.5) и неуточненную (N 94.6) форму дисменореи. Для первичной или функциональной формы заболевания характерно отсутствие органических предпосылок, и, по сути, этот диагноз является диагнозом исключения.

Четкой теории патогенеза сегодня не существует, отмечена генетическая предрасположенность. По мнению А.Л. Унянян и соавт. патогенез дисменореи обусловлен дисфункцией гипо-

таламо-гипофизарно-яичниковой системы, что приводит к нарушению баланса эстрогенов, прогестерона, простагландинов, нейротрансмиттеров [3]. Поэтому одним из главных направлений фармакотерапии при дисменорее являются нормализация гормональных колебаний; препаратами выбора для лечения пациенток с дисменореей являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Анализ литературы показал, что дисменорея широко распространена. Хотя достоверно патогенез болезненности менструации не установлен, связь с гормональным дисбалансом несомненна, что подтверждает прекращение дисменореи на фоне приема КОК и после беременности и родов. Помимо КОК были успешные попытки нормализовать менструальный цикл посредством акупунктуры, фитотерапии, физиолечения. Прием симптоматических препаратов (спазмолитиков и НПВС) нельзя признать оптимальным, так как, хотя они и облегчают состояние пациентки, но причину дисменореи не устраняют.

Девушки с альгодисменореей, как правило, за медицинской помощью не обращаются, довольствуются советами старших родственниц и подруг, а также рекомендациями, почерпнутыми в интернете, а если все же приходят к врачу, то гинеколог, как правило, все усилия сосредоточивает на нормализации менструального цикла и редко интересуется характером мочеиспускания пациентки. Соответственно, у пациентки, обратившейся к урологу по поводу дизурии, отнюдь не всегда уточняют особенности менструального цикла. Таким образом, две стороны одного заболевания оказываются под вниманием двух разных врачей, что, несомненно, негативно сказывается на результатах лечения.

Причины формирования болезненного мочевого пузыря также достоверно не известны, как и причины первичной дисменореи. Оба эти диагноза являются диагнозами исключения и, как показывает практика, нередко оказываются звеньями одной цепи, поскольку существует онто-филогенети-

ческое единство мочевой и половой системы. Треугольник мочевого пузыря имеет общее происхождение с влагалищем и представляет собой эндокринно-рецепторный орган. С периода половой зрелости плоский эпителий треугольника Лъето, подобно влагалищному, подвержен циклическим изменениям в течение менструального цикла соответственно гормональным сдвигам. В многослойном плоском эпителии треугольника Лъето и влагалище происходит синтез гликогена, который является субстратом для молочной кислоты. Постоянная циклическая десквамация и цитолиз поверхностных клеток плоского эпителия, ферментативное расщепление гликогена до глюкозы и молочной кислоты (концентрация последней поддерживает кислотность мочи) представляет собой один из механизмов защиты слизистой оболочки мочевого пузыря и влагалища. Любое нарушение в женской половой системе закономерно вызывает расстройство в мочевой системе, которое может быть компенсированным и декомпенсированным [23-26].

Ранее дизурия при отсутствии воспаления называлась цисталгией, или гинекологическим неврозом мочевого пузыря [27]. Впервые этот термин предложил в 1928 г. G. Marion, а заболевание было описано еще в 1875 г. K. Winkel. В 1949 году J. Mombaerts дал следующее определение цисталгии: болезненное состояние мочевого пузыря с чистой мочой, при котором доминируют частые и повелительные позывы к мочеиспусканию [цит. по 1].

Акцентированный опрос пациенток с цисталгией позволил выявить у них и альгодисменорею, что послужило основанием для назначения фитопрепаратов канефрон и циклодинон, имеющих комплексную направленность на улучшение мочеиспускания и нормализацию менструального цикла.

Основным действующим веществом препарата циклодинон является экстракт прутняка (прутняк обыкновенный, *Vitex agnus-castus*, витекс священный; Авраамово дерево; прутняк дерзкий; перец дикий; перец яростный; перец монаший). В медицине исполь-

зуют плоды этого растения – *Agni casti fructus*. Экстракт прутняка – дофаминиметик. Дофамин является одним из химических факторов внутреннего подкрепления и служит важной частью «системы вознаграждения» мозга, поскольку вызывает чувство удовольствия (или удовлетворения), чем влияет на процессы мотивации и обучения. Дофамин естественным образом вырабатывается в больших количествах во время позитивного опыта – к примеру, секса, приема вкусной пищи, приятных телесных ощущений. Дофамин играет роль в обеспечении когнитивной деятельности – активация дофаминергической передачи необходима при процессах переключения внимания человека с одного этапа когнитивной деятельности

на другой. В гипоталамусе и гипофизе дофамин играет роль естественного тормозного нейромедиатора, угнетающего секрецию ряда гормонов. При этом угнетающее действие на секрецию разных гормонов реализуется при разных концентрациях дофамина, что обеспечивает высокую специфичность регуляции. Наиболее чувствительна к тормозящему действию дофаминергических сигналов секреция пролактина.

Повышенная концентрация пролактина нарушает секрецию гонадотропинов, в результате чего могут возникнуть нарушения созревания фолликулов, овуляции и образования желтого тела, что в дальнейшем ведет к дисбалансу между эстрадиолом и прогесте-

роном и может вызвать нарушения менструального цикла, а также мастодию.

В результате специфического связывания с дофаминовыми рецепторами почек дофамин уменьшает сопротивление почечных сосудов, увеличивает в них кровоток и почечную фильтрацию. Наряду с этим повышается натрийурез. Происходит расширение мезентериальных сосудов.

Таким образом, сочетанное назначение канефрона и циклодинона у больных дисменореей, ассоциированной с болезненным мочевым пузырем, имеет патогенетическую направленность, хорошо переносится, высоко эффективно. Необходимо продолжать исследования в этом направлении. ■

Резюме:

Боль по масштабам своего распространения приобретает характер новой мировой пандемии, а висцеро-висцеральная гипералгезия предполагает взаимную сенсорную проекцию; например, болезненный процесс в матке или кишечнике может отражаться болью в мочевом пузыре. Дисменорея также является широкомасштабной медико-социальной проблемой, ее частота по некоторым данным достигает 95%.

Проведено пилотное открытое проспективное несравнительное исследование в когорте тщательно подобранных больных: небеременные женщины в возрасте 17–24 лет, страдающие дисменореей и болезненным мочевым пузырем. Для исключения органической причины дизурии всем пациенткам выполняли цистоскопию. Всех осматривали на гинекологическом кресле, соскоб шейки матки и уретры исследовали методом полимеразной цепной реакции на инфекции, передаваемые половым путем. Выполняли общий анализ мочи, посев мочи на микрофлору, микроскопию окрашенного мазка влагалищного отделяемого, ультразвуковое исследование внутренних половых органов и мочевого пузыря.

Все пациентки принимали канефрон 2 драже трижды в день в течение 1-го месяца и циклодинон по 1 таблетке утром в течение 3-х месяцев. Критерии эффективности: уменьшение боли и диспареунии (по шкале 0 – боли нет ... 5 – невыносимая боль), улучшение качества жизни (0 – невыносимо ... 5 – превосходно). Сумму баллов оценивали исходно и через 3 месяца после лечения. Через три месяца все пациентки отметили существенное улучшение по изучаемым параметрам.

Таким образом, сочетанное назначение канефрона и циклодинона у больных дисменореей, ассоциированной с болезненным мочевым пузырем, имеет патогенетическую направленность, хорошо переносится, высокоэффективно. Необходимо продолжать исследования в этом направлении.

Ключевые слова: цисталгия, альгоменорея, альгодисменорея, синдром болезненного мочевого пузыря, фитотерапия.

Key words: cystalgia, algomenorrhoea, algodysmenorrhoea, painful bladder syndrome, phytotherapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тюзиков И.А. Эндокринологические аспекты патогенеза и фармакотерапии синдрома хронической урогенитальной нефинфекционной боли у женщин. // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 9. С. 4–17.
2. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell A, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, van Ophoven A, Reisman Y, de C Williams AC. Guidelines on Chronic Pelvic Pain: European Association of Urology. 2015 // URL: http://uroweb.org/wp-content/uploads/25-Chronic-Pelvic-Pain_LR_full.pdf
3. Унянин А.Л., Аракелов С.Э., Полонская Л.С., Туриев Т.Д., Бабурин Д.В., Коссович Ю.М. Дисменорея: практические аспекты патогенеза, клиники и терапии. // Гинекология Эндокринология. 2014. Т. 89, № 1. С. 15–19.
4. Wei SY, Chao HT, Tu CH, Li WC, Low I, Chuang CY, Chen LF, Hsieh JC. Changes in functional connectivity of pain modulatory systems in women with primary dysmenorrhea. // Pain. 2016. Vol. 157, № 1. P. 92–102.
5. Xu K, Chen L, Fu L, Xu S, Fan H, Gao Q, Xu Y, Wang W. Stressful parental-bonding exacerbates the functional and emotional disturbances of primary dysmenorrhea. // Int J Behav Med. 2015 Aug 26. [Epub ahead of print].
6. Насорова Р.Ф., Сотникова Л.С. Формирование психических расстройств при дисменорее в раннем репродуктивном возрасте. // Бюллетень сибирской медицины. 2009. Т. 8, № 7. С. 47–51.
7. Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Мгерян А.Н. Дисменорея с позиций доказательной медицины. // Consilium Medicum. 2014. Т. 16, № 6. С. 83–87.
8. Habibi N, Huang MS, Gan WY, Zulida R, Safavi SM. Prevalence of primary dysmenorrhea and factors associated with its intensity among undergraduate students: a cross-sectional study. // Pain Manag Nurs. 2015. Vol. 16, № 6. P. 855–861.
9. Abdelmoty HI, Youssef MA, Abdallah S, Abdel-Malak K, Hashish NM, Samir D, Abdelbar M, Hosni AN, Abd-El Ghafar M, Khamis Y, Selem M. Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey. // BMC Womens Health. 2015. Vol. 15. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/248481/>
10. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. // Hum Reprod Update. 2015. Vol. 21, № 6. P. 762–778.
11. Al-Jefout M, Nawaiseh N. Continues Norethisterone Acetate versus Cyclical Drospirenone 3 mg/ethinyl Estradiol 20 µg for the Management of Primary Dysmenorrhea in Young Adult Females. // J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015. Vol. 29, № 2. P. 143–147.
12. Nooh AM, Abdul-Hady A, El-Attar N. Nature and prevalence of menstrual disorders among teenage female students at Zagazig University, Zagazig, Egypt. // J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016. Vol. 29, № 2. P. 137–142.
13. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П. Распространенность дисменорей у девушек-студенток, влияние на академическую активность и пути оптимизации лечения. // Забайкальский медицинский вестник. 2012. № 2. С. 78–82.
14. Тихонова Н.Ю., Воронкова А.А., Власова Е.В. Предменструальный синдром и дисменорея у девушек-студенток Ульяновского государственного университета. // Ульяновский медико-биологический журнал. 2014. № 3. С. 47–52.
15. Филиппова О.В., Черкасова Н.Ю. Потребительские предпочтения при дисменорее. // Фармация. 2012. № 1. С. 22–26.
16. Гуменок О., Черненко Ю. Дисменорея у девочек в пубертатном периоде: распространенность, причины и принципы терапии. // Врач. 2015. № 3. С. 63–66.
17. Рубченко Т.И. Эффективность раптен ралида при дисменорее. // Гинекология. 2007. № 4. С. 37–40.
18. Унянин А.Л., Аракелов С.Э., Полонская Л.С., Афанасьев М.С. Возможности и перспективы применения оригинального дротаверина при дисменорее – результаты международного исследования. // Акушерство и гинекология. 2015. № 1. С. 116–123.
19. Sriprasert I, Suerungruang S, Athilarp P, Matanasarawoot A, Teekachunhatean S. Efficacy of acupuncture versus combined oral contraceptive pill in treatment of moderate-to-severe dysmenorrhea: a randomized controlled trial. // Evid Based Complement Alternat Med. 2015. Article ID 735690, 10 p / URL: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/735690/>
20. Lee B, Hong SH, Kim K, Kang WC, No JH, Lee JR, Jee BC, Yang EJ, Cha EJ, Kim YB. Efficacy of the device combining high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation and thermotherapy for relieving primary dysmenorrhea: a randomized, single-blind, placebo-controlled trial. // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015. № 194. P. 58–63.
21. Ortiz MI, Cortés-Márquez SK, Romero-Quezada LC, Murguía-Cánovas G, Jaramillo-Díaz AP. Effect of a physiotherapy program in women with primary dysmenorrhea. // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015. № 194. P. 24–29.
22. Liu YQ, Zhang P, Xie JP, Ma LX, Yuan HW, Li J, Lin C, Wang P, Yang GY, Zhu J. Influences of Deqi on Immediate Analgesia Effect of Needling SP6 (Sanyinjiao) in Patients with Primary Dysmenorrhea in Cold and Dampness Stagnation Pattern: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. // Evid Based Complement Alternat Med. 2015. Article ID 238790. URL: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/238790/>
23. Болезни мочевого пузыря. [Под ред. Кульчаева Е.В., Краснова В.А.]. Новосибирск: Наука, 2012а. 187 с.
24. Кульчаева Е.В. Инфекции и секс: туберкулез и другие инфекции урогенитального тракта как причина сексуальных дисфункций. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 168 с.
25. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Киев: Здоровья, 2003. 303 с.
26. Серов В.Н. Терапия урогенитальных расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2010. № 1. С. 21–35.
27. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: Медицина, 1986. 456 с.