

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**



МАТЕРІАЛИ

II Всеукраїнської науково-практичної конференції

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПЛИВУ ДОВКІЛЛЯ,
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ НА ЗДОРОВ'Я
СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ»**



18 - 19 вересня 2015 року

**Бердянськ
2015**

<i>Третяк О.В.</i> Шляхи формування психофізичної готовності до дій в екстремальних ситуаціях	89
<i>Щербина І.Ю.</i> Діяльність навчального закладу в контексті здоров'язберігаючого навчання	91

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ФІТНЕСУ, ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ТУРИЗМУ Й РЕКРЕАЦІЇ

<i>Данило С.М., Данило М.Г.</i> Особливості професійно-педагогічної діяльності учителя фізичної культури і його готовність до роботи з фізичного виховання	96
<i>Жосан Т.М.</i> Сучасні методи використання професійно-прикладних умінь і навичок в області оздоровчої діяльності майбутніх вчителів	101
<i>Книш С.І.</i> Методичні підходи до валеологічної підготовки сучасного вчителя	104
<i>Омельченко Т.Г.</i> Теоретичне обґрунтування вивчення навчальної дисципліни «Основи теорії здоров'я» в професійній підготовці фітнес-тренерів	107
<i>Самойленко В.Л.</i> Використання мультимедійних навчальних засобів у процесі підготовки майбутніх учителів фізичної культури	111
<i>Самсутіна Н.М.</i> Основні складові професійної майстерності учителя фізичної культури	113
<i>Хатунцева С.М.</i> Професійне самовдосконалення майбутніх учителів фізичної культури та основ здоров'я	118
<i>Хатько А. В.</i> Підготовка майбутніх вчителів фізичного виховання до викладання варіативного модуля “хортинг” в загальноосвітніх навчальних закладах	122

СУЧАСНІ ВАЛЕОЛОГІЧНІ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

<i>Бугаевский К.А.</i> Актуальность и востребованность гинекологического массажа, массажа промежности и миофасциальной трансвагинальной терапии, как средств реабилитации в гинекологии и акушерстве	127
<i>Бугаевский К.А.</i> Особенности физической реабилитации пациенток репродуктивного возраста после перенесённого самопроизвольного аборта	136
<i>Пономаренко В.І., Милиця К.Н.</i> Аспекти реабілітації дієтичним харчуванням та хірургічним лікуванням при нераціональному харчуванні	143
<i>Пономаренко В.І., Милиця К.Н.</i> Удосконалення складової оздоровчої та клінічної реабілітації	148
<i>Шаповалова Т. Г.</i> Здоров'язбережувальні освітні технології як засіб формування здоров'язбережувальної компетентності	153

СУЧАСНІ ВАЛЕОЛОГІЧНІ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

К.А. Бугаевский
кандидат медицинских
наук, доцент
(Запорожский
государственный
медицинский университет)

АКТУАЛЬНОСТЬ И ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАССАЖА, МАССАЖА ПРОМЕЖНОСТИ И МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, КАК СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ И АКУШЕРСТВЕ

Актуальность темы. Эпиграфом к данной публикации мне считаю уместным применить мудрое высказывание «отца медицины» Гиппократ: «Не следует краснеть, чтобы заимствовать у народа средства, служащие к его излечению». С древних времён известно, что чем физиологичнее и естественнее действует на организм лечебный фактор, тем он более эффективен. Это имеет непосредственное значение к рассматриваемой в данной публикации проблеме!

На сегодняшний день проблема профилактики, лечения и реабилитации пациенток в гинекологии и акушерстве является весьма актуальной. Высокий процент гинекологической заболеваемости, переход её в хронический процесс, потеря репродуктивного здоровья, антенатальные и перинатальные потери, родовой травматизм, рост бесплодия – это далеко не полный перечень тех проблем, которые бросают вызов современному состоянию дел в акушерстве и гинекологии. И если консервативное и оперативное лечение и реабилитация постоянно прогрессируют и совершенствуются, то этого нельзя сказать о реабилитации, в т.ч и физической реабилитации.

Ограниченный, традиционный объём её методов и средств не позволяет в полной мере и в достаточном объёме проводить полноценное и качественное восстановление репродуктивной функции у женщин. Всё это требует неустанного поиска новых и усовершенствования классических методик физической, немедикаментозной реабилитации акушерско-гинекологической группы пациенток, более широкое использование в практике реабилитационных действий природных, физических преформированных факторов реабилитации потерянного репродуктивного здоровья. Тем более, что речь идёт о его реабилитации у пациенток самого важного, репродуктивного возраста!

Цель работы. Провести обзор современных методов специальных акушерско-гинекологических видов массажа и мануальных техник по

данным доступных отечественных и зарубежных источников информации.

Анализ доступной отечественной и зарубежной литературы позволил выбрать для рассмотрения, обзора и анализа три важных и, по нашему мнению актуальных но, к сожалению, не до конца востребованных и применяемых в широкой лечебной и реабилитационной практике методов. Речь идёт о практическом применении гинекологического массажа, миофасциальной трансвагинальной терапии и массаже промежности, применяемом в антенатальном периоде и во II периоде родов [1-16].

Гинекологический массаж – это физиологический метод воздействия, который оказывает стимулирующее воздействие на больной орган и на весь организм женщины. К старым испытанным способам лечения можно отнести гинекологический массаж, предложенный более 100 лет назад и в последние десятилетия незаслуженно забытый.

Гинекологический массаж — один из наиболее естественных безоперационных способов лечения женских гинекологических заболеваний. Гинекологический массаж является физиологическим методом воздействия, оказывает исключительно сильное действие не только на пораженный орган, но и на организм больной женщины в целом. Гинекологический массаж можно с успехом применять в комбинации с физиотерапевтическими методами лечения: водолечением, которое пациентки могут выполнять в домашних условиях, диетотерапией [1,5,6].

По мнению многих авторов (Груздев, 1922; Мажбиц, 1947; Бодяжина, Жмакин, 1977), гинекологический массаж является ценным вкладом в гинекологическую практику. И в сочетании с физиотерапией, курортным, водо- и грязелечением он дает очень хорошие результаты. Главное достоинство метода в том, что он действует на организм физиологически и является сильным раздражителем тканей. Массаж — «это научно обоснованный и практически проверенный метод рефлекторного и механического воздействия на внутреннюю среду, на ткани организма в целях развития, укрепления и восстановления их структур, функций и взаимосвязей» (Крамаренко, 1953) [1,5,6].

В начале массажа повышается раздражение концевых аппаратов периферической нервной системы, затем следует снижение ее возбудимости, что рефлекторно передается на всю нервную систему. Клинически это проявляется в уменьшении или полном исчезновении болевого синдрома (Дзnelадзе, 1948; Крамаренко, 1953) [1,5,6]. Любая другая форма терапии, усиливающая кровенаполнение во внутренних органах (индуктотермия, грязевые аппликации или тампоны, грелка или другие тепловые процедуры), вызывает, как правило, пассивную гиперемия, и только массаж может вызвать в высшей степени активный кровоток в массируемой области, что принципиально иначе влияет на обменный процесс в тканях по сравнению с застойной гиперемией [1,3,4].

При массаже улучшается артериальное кровообращение, что ведет к уменьшению венозного застоя и повышению обмена веществ. Еще в 1911 г.

М. Проскурякова, ссылаясь на экспериментальные исследования, писала, что под влиянием массажа происходит ускорение кровообращения, возбуждение деятельности клеток, усиление распада белковых веществ, улучшение всасывания жира, повышение диуреза и общего обмена. На большое лечебное значение активной гиперемии, возникающей при гинекологическом массаже, указывали также целый ряд авторов (Ремизов, 1891; Снегирев, 1900; Дзnelадзе, 1948; и др.) [1,5,6].

Гинекологический массаж, усиливая кровообращение в тканях, одновременно ускоряет ток лимфы, что приводит к быстрому всасыванию экссудативной жидкости, скапливающейся в органах и тканях малого таза, при этом воспалительные инфильтраты становятся мягче, образования, особенно плотные сращения, уменьшаются и рассасываются. Учитывая значение лимфотока в ликвидации остаточных явлений воспаления, проводится массаж от периферии к центру, по направлению тока лимфы по лимфатическим путям к лимфоузлам. Следовательно, ускорение лимфо- и кровообращения в зоне действия массажа, а вместе с этим во всей сосудистой системе, является важным лечебным фактором при инфантилизме, застойных явлениях, неправильных положениях органа и воспалениях [1-3,6].

Несомненно, что ускорение крово и лимфотока не только способствует рассасыванию продуктов воспаления и ликвидации застоя, но и значительно улучшает тканевой обмен, повышает фагоцитарные свойства крови. Значительное действие оказывает массаж на мускулатуру тазовых органов и на весь связочный аппарат. При сокращении мускулатуры происходит взаимозависимое влияние на кровообращение и мышцу - возникает активная гиперемия органов, а в связи с этим повышается жизнедеятельность тканей [1,2,4,6].

Гинекологический массаж действует на маточную мускулатуру не только прямо, но и опосредованно. Во время массажа матки осуществляется одновременно и брюшной массаж, вследствие чего укрепляется поперечнополосатая мускулатура брюшной стенки, тонизируется кишечная мускулатура и усиливается перистальтика кишечника, что рефлекторно вызывает тоническое сокращение маточной мускулатуры и кишечника, это особенно важно, так как у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, для лечения которых показан массаж, имеются, как правило, нарушения функции кишечника. Под влиянием массажа происходит укрепление связочно-мышечного аппарата матки, мышц тазового дна [1,2,4,6].

Нормальное приложение силы при массаже двумя руками будет оказывать тонизирующее действие на связочный аппарат, а чрезмерное силовое воздействие или массаж рывками - парализующее действие. Кроме того, следует учитывать, что массаж путем поглаживания, легкого разминания размягчает и снижает тонус тканей, а толчкообразные удары вызывают сокращение и напряжение их [1,4,6]. Поэтому при массаже матки

и ее связочного аппарата, когда имеются гипотония тканей, инфантилизм, застойные явления, неправильные положения органа, не вызванные воспалением, следует обязательно учитывать возможность получения различной реакции в зависимости от силы действующих рук. Если массаж производится при наличии воспалительных спаек и сращений, обусловивших аномалию положения органа, то массажист должен ориентироваться на реакцию женщины. В этих случаях допускается применение гораздо большей физической силы, необходимой для растяжения соединительнотканых, рубцовых сращений, тяжей, спаек, перепонки между органами и стенками таза, оставшихся после воспалительных процессов в клетчатке и брюшине [1,4,6].

При растяжении спаек происходит восстановление нормального положения матки и ее подвижности, улучшается кровоснабжение тканей. Гинекологический массаж опосредованно, через улучшение кровообращения и усиление обмена веществ, оказывает положительное влияние на функциональное состояние яичников, на менструальную и секреторную функцию матки [1-4,6].

В начальной стадии опущения матки и влагалища применение гинекологического массажа обязательно, в этом случае он является не только средством, направленным на ликвидацию патологии, но и профилактикой и лечением [1,2,4,6].

Показанием к лечению гинекологическим массажем является врожденное недоразвитие матки. В. С. Груздев (1922) считал массаж показанным при атрофии матки, сопровождающейся аменореей. И. Л. Брауде (1957) рекомендовал массаж при гиперинволюции матки, возникшей вследствие длительного кормления ребенка грудью. А. Г. Дзnelадзе (1948) также считал целесообразным применять массаж при глубоком недоразвитии матки, когда отсутствует менструация. Массаж использовался при неполном обратном развитии ее после родов и абортов (Груздев, 1922; Микеладзе, 1947; Дзnelадзе, 1948) [1,4,6].

Предлагался гинекологический массаж и при функциональных расстройствах матки и яичников, когда наблюдаются застойные явления в тазовых органах, при кровотечениях из вялой, атоничной матки у истощенных анемичных женщин, при конституциональных болезнях (Какушкин, 1929) [1,4,6].

Успех лечебного действия гинекологического массажа зависит в большой степени от правильного определения показаний к его применению. Гинекологический массаж применяется при таких гинекологических заболеваниях и патологических состояниях, как вторичное трубно-перитонеальное бесплодие у женщин, обусловленное спайками, спаечными сращениями и образованиями в малом тазу, с вовлечением в спаечные образования одной или двух маточных труб и/или яичников; неправильные положения матки (ретрофлексия) и/или её опущение; при начальных стадиях опущения стенок влагалища и в сочетании с явлениями опущения

матки, уретроцеле и/или ректоцеле; при привычном невынашивании беременности и после перенесённых самопроизвольных и искусственных абортов, произведённых на ранних сроках, в особенности методом кюретажа и вакуум аспирации плода; при хронических воспалительных процессах органов малого таза; при инфантилизме и гиперинволюции матки; при нарушениях менструального цикла (альгодисменорея, аменорея) [1,4,6].

Гинекологический массаж можно применять при хронических воспалительных процессах внутренних половых органов, когда нет опухолевых образований. Наличие инфильтратов и спаек, ограничивающих нормальную подвижность матки и ее придатков, а также болей, которые обычно беспокоят больных и зачастую являются следствием сдавливания нервно-рецепторных зон, не служит противопоказанием к применению гинекологического массажа, то же относится и к хроническому воспалению придатков матки [1,4,6].

Неправильные положения матки и ее смещения, фиксированные и свободные, по мнению большинства авторов, являются показаниями к лечению гинекологическим массажем. Однако и здесь имеются разные точки зрения. Но если применение гинекологического массажа при неправильных положениях матки, ее перегибах и смещениях в сторону обычно не вызывает спора, то о применении его при опущениях и выпадениях матки и влагалища высказываются различные мнения [1,2,6].

В свое время Т. Брандт широко применял при опущениях и выпадениях матки гинекологический массаж, считая его методом выбора. Однако многие авторы отрицательно относились к применению гинекологического массажа в этих случаях, считали, что он может только на короткий срок приостановить выпадение матки [1,2,4,6].

Показанием к лечению гинекологическим массажем является врожденное недоразвитие матки, при гиперинволюции матки, возникшей вследствие длительного кормления ребенка грудью, при глубоком недоразвитии матки, когда отсутствует менструация. Массаж использовался при неполном обратном развитии ее после родов и абортов. Предлагался гинекологический массаж и при функциональных расстройствах матки и яичников, когда наблюдаются застойные явления в тазовых органах, при кровотечениях из вялой, атоничной матки у истощенных анемичных женщин, при конституциональных болезнях [1,6].

Приступая к гинекологическому массажу, врач должен четко представлять характер болезненного процесса, при этом недопустима неопределенность в диагностике. При назначении гинекологического массажа врачу следует обязательно убедиться в отсутствии противопоказаний к его применению. Врач должен знать все технические приемы массажа. Гинекологический массаж лучше проводить в специальном или в процедурном кабинете на обычном гинекологическом кресле. Женщина должна явиться на сеанс массажа не ранее, чем через два

часа после приема пищи; кишечник следует опорожнить за несколько часов, а мочевого пузыря - непосредственно перед массажем [1,6].

Гинекологический массаж всегда должен проводиться одновременно с психотерапевтическим воздействием на больную, чтобы он не был неприятным. Однако болезненность при его проведении не может быть исключена и даже необходима как показатель определенного действия этой процедуры, к чему женщину надо специально готовить. Простое легкое поглаживание органов малого таза и брюшной стенки не может считаться массажем [1,3,6].

Продолжительность каждого сеанса гинекологического массажа обычно колеблется от 3 до 10 мин, хотя возможно продлить его до 15 и даже 20 минут. Первые сеансы массажа должны быть менее продолжительны (3-5 мин), а последующие можно делать дольше. Общее количество сеансов на курс лечения зависит от показаний и условий, в которых осуществляется гинекологический массаж, и колеблется в среднем от 30 до 60. В одних случаях он проводится без перерыва, ежедневно или через день на протяжении 1-3 месяцев; в других – парциально, по 10 сеансов в межменструальный период течение 3-4 месяцев в зависимости от показаний [1,5,6].

При недоразвитии матки и гипофункции яичников врожденного и приобретенного характера, а также при менструальных нарушениях, проявляющихся скудными менструациями аменореей, целесообразнее проводить лечение гинекологическим массажем без перерыва, не менее 40-60 сеансов на протяжении 2-3 месяцев. В ряде случаев гинекологический массаж можно комбинировать с физическими и бальнеологическими методами лечения [1,5,6]. Таким образом, гинекологический массаж состоит в основном из поглаживания, давления, растяжения мягких тканей. При этом сила воздействия на ткани дозируется строго индивидуально с учетом показаний и органа, который подвергается массажу [1,5,6].

Следовательно, каждый сеанс массажа включает в себе и подготовительные действия и чисто массажные. В гинекологическом массаже обычно участвуют обе руки массажиста. Одна из них вводится во влагалище и называется "внутренней", а вторая действует со стороны брюшной стенки и обозначается как "наружная". Пальцы внутренней руки выполняют конкретные, целенаправленные движения. В большинстве случаев они, проникая в задний или передний свод, приподнимают и фиксируют матку [1,5,6].

В целом массаж повышает тонус всех тканей тазовой и брюшной полости. Кроме того, улучшается общее состояние больной, повышается работоспособность, уменьшается раздражительность, исчезают боли, улучшается аппетит, нормализуются сон, функции кишечника и мочевого пузыря [1,5,6].

В англоязычной доступной литературе и других источниках информации термин «гинекологический массаж» не употребляется. Вместо

него, в профессиональной медицинской литературе применяют термин «миофасциальная трансвагинальная терапия» [8,10-13,15].

Этим термином обозначают комбинацию практического применения массажа и мануальных приёмов, для профилактики и лечения, в первую очередь синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) [10,12,13]. Этот метод широко используется в США и Великобритании для лечения синдрома слабости тазового дна (ССТД), который, в большинстве случаев, возникает после затяжных и травматичных родов [8,10-13,15]. Особыми показаниями к применению данного вида мануальной техники являются ранние стадии опущения и выпадения тазовых органов, явления ректоцеле и уретроцеле, выраженный болевой синдром при явлениях спазма тазовых мышц [8,10-13,15].

Само название «миофасциальная трансвагинальная терапия» говорит само за себя. Это терапевтическая процедура, осуществляемая трансвагинально, с активным воздействием рук массажиста или мануального терапевта, с активным, дозированным по силе и времени воздействием на мышечные и фасциальные структуры тазового дна и промежности [8,10-13,15].

Именно индивидуально дозированное, «ручное», мануальное воздействие, с применением массажных приёмов и мануальных техник, позволяет специалисту провести лечебное, реабилитационное воздействие на патологически изменённые участки и ткани, снять спастическое напряжение мышц, убрать застойные явления, улучшить крово- и лимфообращение не только в области тазового дна, но и, что немаловажно, внутренних тазовых органов [8,10,11,15].

Практическое применение такого вида профилактического активного воздействия на мышцы, соединительнотканые образования и фасции тазового дна и промежности, как массаж промежности (perineal massage), активно применяется в зарубежных клиниках с 80-х – 90-х годов прошлого столетия [8,9,14]. Это широко разрекламированный метод профилактики повреждений промежности и влагалища в родах. Изучению данного метода и его практическому применению за рубежом посвящено достаточно большое количество работ (Avery M. D. & Van Arsdale L. (1987); Mynaugh P. A. (1991); Labrecque M., Eason E., Marcoux S., et al. (1999); Davidson K., Jacoby S. & Brown M. S. (2000); Gomme C., Sheridan M. & Bewley S. (2004); Eogan M., Daly L. & O’Herlihy C. (2006)).

В доступной русскоязычной специальной литературе этому вопросу активно уделяет внимание известный врач акушер-гинеколог Шнейдерман М.Г. Им выпущена в 2014 году чудесная работа, под названием «Акушерско-гинекологический массаж». В этой работе М.Г. Шнейдерман досконально описывает технику выполнения этого особого вида акушерского профилактического массажа, который автор много лет выполняет практически [5].

Практическому применению массажа промежности, как средству профилактики возможных травм в родах, беременных учат с 34-36 недель беременности, акушерки или врачи, во время патронажа беременных. Метод получил название «антенатальный массаж промежности» (antenatally perineal massage) [8,9,14]. Имея начало подготовки промежности в предродовый период, и выполняемый в домашних условиях как самой беременной, так и с участием мужа, а также активно применяемый акушерками во II периоде родов, метод позволяет, по данным ряда зарубежных авторов, снизить процент травм влагалища и /или промежности на 55-70% (Eogan M., Daly L. & O'Herlihy C., 2006; Johanson R., 200; Stamp G, Kruzins G, Crowther C., 2001). Массаж промежности повторяют несколько раз в неделю, один сеанс должен длиться 5-10 минут. Массаж промежности, выполняется в течение, по меньшей мере, месяца до рождения, что значительно снижает риск травмы промежности у нерожавших женщин [8,9,14].

Выводы.

1. Все предложенные методы акушерско-гинекологического массажа и миофасциальная трансвагинальная терапия, проводимые как средство профилактики, лечения и реабилитации у гинекологических пациенток, беременных и рожениц, должны быть дополнительно изучены и внедрены в практику лечения и реабилитации, как на амбулаторном, так и на санаторно-курортном этапах реабилитации.

2. Гинекологический массаж, массаж промежности, миофасциальная трансвагинальная терапия – не самостоятельные средства лечения от бесплодия или гинекологической патологии. Они не способны устранить влияние всех негативных факторов. Однако этот вспомогательный оздоровительный метод может способствовать улучшению состояния женских половых органов, повысить шансы наступления беременности и подарить возможность.

3. Данные средства, несмотря на всю их действенность и пользу, являются не 100% альтернативой традиционным методам лечения и реабилитации пациенток в акушерстве и гинекологии, а бесценным дополнением и неотъемлемой частью в комплексном лечении и реабилитации большой группы пациенток репродуктивного возраста.

Список использованной литературы

1. Бенедиктов И. И. Гинекологический массаж и гимнастика. – М.: Медицинская книга. – Издательство НГМА. – 1998. – 123 с.

2. Бугаевский К.А. Особенности физической реабилитации пациенток репродуктивного возраста с опущением стенок влагалища / К.А. Бугаевский Материалы // Материалы II Международной научно-практической конференции «Современные проблемы спорта, физической культуры и физической реабилитации». – Донецк, 24 марта 2015 года. Раздел IV «Медико-биологические аспекты физической реабилитации спортсменов и различных групп населения». – С. 112–118.

3. Зайед Ахмад Махмуд Клиническое использование микроэлектрофореза лидазы и гинекологического массажа в комплексном лечении больных трубным бесплодием воспалительного генеза / Ахмад Махмуд Зайед, А.Ф. Жаркин, С.И.Фофанов) // Нелекарственная терапия патологии репродуктивной системы человека: Матер. 3 межобл. научно-практ. конф.,- Волгоград. – 1997. – С. 100–103.

4. Мирович Е. Д., Митюков В. А., Чурилов А. В. и др., Клинико-анатомические обоснования применения методов физической реабилитации и гинекологического массажа при неправильных положениях и опущениях матки / Е.Д. Мирович, В.А. Митюков, А.В. Чурилов и соавт. // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – № 5. – 2009. – С. 168–174.

5. Шнейдерман М.Г. Акушерско-гинекологический массаж. / М.Г. Шнейдерман, И.А. Клепикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 80 с.

6. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. М.: РИТМ. – 2011. – 80 с.

7. Eogan M., Daly L. & O’Herlihy C. (2006) The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 19 (4), 225–229.

8. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14:269.

9. Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *Lancet*. 2000;355:250–251.

10. Montenegro MLLDS, Mateus-Vasconcelos EC, Candido dos Reis FJ, et al. Thiele massage as a therapeutic option for women with chronic pelvic pain caused by tenderness of pelvic floor muscles. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(5):981-2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20590980>. Accessed January 4, 2012.

11. Neumann P, Gill V. Pelvic floor and abdominal muscle interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13:125.

12. Pauls J, Shelly E. Applying the Guide to Physical Therapist Practice to women's health physical therapy. *Journal of the Section on Women's Health*. 1999;23(3):8-12.

13. Rhonda K Kotarinos. Pelvic floor physical therapy for management of myofascial pelvic pain syndrome in women. *J Urol* 2013; 5: 126-128.

14. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 May 26; 322(7297): 1277–1280.

15. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol* 2001; 166:2226.