

Физическая реабилитация и хирургическая коррекция пролапса гениталий, урогенитальных расстройств и сексуальной дисфункции у женщин вступивших в период пери- и менопаузы

Митюков В. А. *, Минович Е. Д. **, Князева Н. В. **, Бачурин В. И. ***,

Писаренко П. Н. ****, Гришина Л. Н. *, Шемякова М. А. **, Кириллов А. Н. *

*Горловский региональный институт университета «Украина»

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

***Запорожский государственный медицинский университет

****Санаторий «Святые горы» г. Святогорск

Аннотации:

Изучены современные методы восстановительной физической, психологической реабилитации, хирургической коррекции у женщин. Показаны возможности применения гормональной терапии, изменения образа жизни и повышение физической активности. Важным условием осуществления успешной восстановительной реабилитации женщин является повышение их физической активности, использование современных методов физической, физиотерапевтической и психологической реабилитации в условиях санаторно-курортного лечения.

Мітюков В. О., Минович Є. Д., Князева Н. В., Бачурин В. І., Писаренко П. М., Гришина Л. М., Шемякова М. О., Кириллов О. М. Фізична реабілітація і хірургічна корекція пролапса геніталій, урогенітальних розладів і сексуальної дисфункції у жінок, що вступили у період пері- і менопаузи. Вивчено сучасні методи відбудовної фізичної, психологічної реабілітації, хірургічної корекції у жінок. Показано можливості застосування гормональної терапії, зміни способу життя і підвищення фізичної активності. Важливою умовою здійснення успішної відбудовної реабілітації жінок є підвищення їхньої фізичної активності, використання сучасних методів фізичної, фізіотерапевтичної і психологічної реабілітації в умовах санаторно-курортного лікування.

Mitjukov V. A., Mirovich E. D., Knyazeva N.V., Bachurin V. I., Pisarenko P. N., Grishina L.N., Shemjakova M. A., Kirillov A.N. Physical rehabilitation and surgical correction of genitals prolapse, urogenital disorders and sexual dysfunction at women entered the period of perimenopause and menopause. The modern methods of a regenerative physical, psychological aftertreatment, surgical correction at women are investigated. Possibilities of application of hormonal therapy, change of a way of life and rising of physical activity are exhibited. The important condition of exercise of a successful regenerative aftertreatment of women is rising their physical activity, use of the modern methods of a physical, physiotherapeutic and psychological aftertreatment in conditions of a sanatorium resort therapy.

Ключевые слова:

менопауза, гениталии, пролапс, реабилитация, коррекция, гормоны, терапия, урогенитальные, сексуальные, расстройства.

менопауза, геніталії, пролапс, реабілітація, корекція, гормони, терапія, урогенітальні, сексуальні, порушення

menopause, genitals, prolapse, rehabilitation, correction, hormones, therapy, urogenital, sexual, disorder.

Введение.

Не вызывает сомнений, что каждая женщина вступившая в возраст пре- и менопаузы мечтает оставаться здоровой, в отличной физической и моральной форме, быть красивой, сексуальной, привлекательной и обаятельной. Однако не все женщины знакомы с таким понятием как урогенитальные расстройства (УГР), женская сексуальная дисфункция (ЖСД), опущение и выпадение половых органов и другими сопутствующими заболеваниями климактерического периода.

В настоящее время статистики отмечают тенденцию, как в России, так и в Украине к удвоению популяции возраста женщин живущих в перименопаузе и менопаузе. Предполагается, что к 2030 году произойдет четырехкратное, по сравнению с данными на сегодня, увеличение популяции 80-летних женщин. Это, несомненно, приведет к увеличению случаев появления урогинекологических расстройств, женской сексуальной дисфункции, пролапса внутренних гениталий, остеопороза и другими расстройствами, связанными с менопаузой и только женщинам известны проблемы этого возраста [1, 2, 3].

Сексуальное здоровье женщины, вступившей в период пери- и менопаузы, является важным аспектом её личной жизни, оказывает разностороннее влияние на её отношение к обществу, семье и её окружающим. Старшее поколение, как известно не привыкло про-

являть инициативу в сексе, и женщины, переступив порог пятидесятилетия, зачастую становятся пассивными участниками при обсуждении этой проблемы.

Боязнь болезненных половых актов женщинами в менопаузе может приводить её к полному отказу от секса. Между тем известно, что продолжающаяся половая активность женщин в пременопаузе и менопаузе очень важная для поддержания здоровья и качества жизни женщины. Что же касается предельного возраста в интимной жизни, то его просто не существует. С годами может постепенно ухудшатся внешний вид женского тела, но не сексуальная способность.

Конечно, сексуальная жизнь не будет такой как в период её расцвета, но теплых человеческих отношений в наше время известно достаточно много, удивляющих примерами гармонии и счастья многих супружеских пар, вплоть до глубокой старости.

Беседа врача акушера-гинеколога, уролога, сексопатолога, считает авторитетнейший уролог Украины профессор А. С. Переверзев (2009), должна проводиться с женщинами, страдающими урогенитальными расстройствами и сексуальной дисфункцией (ЖСД) исключительно корректно, доверительно и в неприценном общении с выяснением сексуальных, медицинских, социальных и психосексуальных особенностей её половой жизни. Ведь зачастую женщины особенно в пери- и менопаузе не склонны к обсуждению своих сексуальных проблем со специалистом [4, 14].

Добиться четкого и ясного представления врачу гинекологу, урологу, психоневрологу, специалисту об особенностях нарушения сексуального здоровья женщины порой довольно сложно еще и по тому, что они редко обращаются за помощью к врачам с интимными жалобами.

Сегодня имеется насущная необходимость в том, чтобы врачи гинекологи, урологи, психоневрологи и другие специалисты начали детально изучать проблему урогенитальных расстройств и ЖСД вместе с пациентами, так как многие женщины не желают выносить эту проблему на обсуждение.

Сексуальное здоровье женщины в пре- и менопаузе является очень важным аспектом её жизни и неблагоприятно влияет не только на её сексуальные отклонения но и на полноценность жизни в целом. Знание женщиной современных клинических проявлений заболевания, его лечения и восстановительной реабилитации таких расстройств как пролапс гениталий, а так же сопутствующих ему урогинекологических расстройств, женской сексуальной дисфункции, возможностей физических, физиотерапевтических, психосексуальных методов и способов реабилитации, помогает избежать им многих трагических случаев разрывок в интимной жизни супружеских пар [1, 2, 4, 14].

Женская сексуальная дисфункция (ЖСД) является доступной исследованию, но на сегодня остается малоизученной областью. В последние годы диагностическая направленность и лечение значительно изменилась в сторону строгой объективности. Получили широкое применение ультрозвуковое дуплексное сканирование кровотока наружных половых органов и клитора на фоне видеосексуальной стимуляции, исследование влагалищного секрета, вибрационной и температурной чувствительности наружных половых органов и влагалища, исследование и лечение с помощью прибора «Шубоши» и другое [4, 5, 8].

Многое, если не подавляющее большинство проблем сексуальной дисфункции, в том числе и в менопаузе у женщин остаются открытыми.

Однако, по-прежнему, неясно, кто должен этим заниматься: урологи, гинекологи, психопатологи, сексopatологи или нужно формировать новую генерацию специалистов в этой малоизведанной области? [4].

В конце 2008 года в г. Киеве состоялся научно-практический форум с участием фармацевтической компании Schering Plough, посвященный проблемам урогенитальных расстройств и ЖСД, в том числе и в менопаузе под интригующим названием – «Женщина после 50-ти. Зазеркалье интимных проблем». Форум активно обсуждал проблему урологических расстройств и женской дисфункции в целом и в менопаузе [14].

Сегодня трудно встретить женщину старше 50 лет, которая не испытывает каких либо симптомов урогенитальных расстройств или женской сексуальной дисфункции.

Возрастные изменения в урогенитальном тракте, «урогенитальное старение» в пременопаузе и мено-

паузе начинаются легкими проявлениями, но с увеличением длительности постменопаузы возрастают не только их частота, но и тяжесть.

Многие женщины стараются умалчивать о своих проблемах, связанных с урогенитальной атрофией, ЖСД, считая их неотъемлемой частью периода менопаузы и старения [2, 4, 14, 18].

Урогенитальное старение и ЖСД в пре- и менопаузе представляют симптомокомплекс вторичных осложнений связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта: мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате органов малого таза и мышцах тазового дна. Все это сочетание симптомов обуславливает частое проявление атрофического вагинита, цистоуретрита у большинства женщин в менопаузе. При длительности менопаузы более 10 лет возрастает количество случаев различных урогенитальных расстройств, атрофического вагинита и женской сексуальной дисфункции до 73 % [2, 4, 14].

Роль дефицита эстрогенов в развитии атрофического вагинита, цистоуретрита и других урогенитальных расстройств очевидна.

Возрастные физиологические изменения, происходящие в менопаузе, вследствие дефицита эстрогенов и других гормонов ведут к снижению сексуальной активности и ЖСД, диспареунии, различным климактерическим формам недержания мочи, отсутствию сексуального желания и оргазма у женщин [10, 11, 12, 13, 14].

Работа выполнена согласно плана НИР Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Горловского регионального института университета «Украина».

Цель, задачи работы, материал и методы.

Цель исследования - разработать и уточнить возможность применения современных методов и способов физической, физиотерапевтической, психологической, гормональной, хирургической коррекции и реабилитации ЖСД, урогенитальных расстройств в случаях пролапса гениталий у женщин в пре- и менопаузе.

Результаты исследований.

Появившееся УГР в четверти случаев приобретают длительное и нередко тяжелое течение (боль при половых сношениях, зуд и жжение во влагалище, учащение мочеиспускания и различные проявления недержания мочи). Возникает поллакиурия – учащенное мочеиспускание в течение дня (более 6-8 эпизодов в день), с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи. Цисталгия – учащенное болезненное мочеиспускание, рези в уретре. Никтурия – учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода). Термин «никтурия» в урологии используется для обозначения любых пробуждений во время сна, после которых происходит мочеиспускание. Симптомы никтурии в пре- и менопаузе усугубляются с возрастом и влекут за собой структурные нарушения

сна и сонливость в дневное время, которые вместе с частыми пробуждениями ночью предрасполагают к падениям, травмам и переломам, особенно при сопутствующем развитии менопаузального остеопороза у женщин [1, 2, 4, 13, 14].

Недержание мочи отрицательно сказывается на женском половом здоровье. Женщины страдают от двух различных синдромов: недержание мочи происходит либо во время коитального проникновения и тазового толчка, либо при оргазме, или в том или другом вариантах. Недержание мочи значительно связано с низким либидо, вагинальной сухостью и диспареунией независимо от возраста, образования и расовой принадлежности, тогда как тазовый пролапс гениталий не имел связи ни с одной из сексуальных жалоб. Женщины с недержанием мочи в большей степени огорчены своей сексуальной жизнью, чем женщины без недержания. Страх потери мочи во время секса, заметно уменьшает сексуальное здоровье [1,2].

Гиперактивный мочевой пузырь, наличие интерстициального цистита, стрессовое и повелительное недержание мочи является причинами, приводящими к выраженным расстройствам ЖСД.

Одним из наиболее беспокоящих симптомов у женщин с интерстициальным циститом (ИЦ), ведущих половую жизнь является диспареуния, которая определяется как рецидивная или постоянная боль в половых органах, связанная с половыми сношениями, она возникает у 80-90% женщин с диагнозом ИЦ. Пациентки, страдающие этим заболеванием, избегают секса из-за страха перед болезненными ощущениями. Хроническая диспареуния, связанная с ИЦ так же может привести к потере полового влечения, к ослаблению способности полового возбуждения и достижения оргазма. Состояние сексуальных дисфункций у таких пациенток является наиболее сильным прогнозирующим фактором потери качества жизни среди этих женщин [1, 2, 13, 14].

Следует отметить, что патологические расстройства личности, обусловленные сексуальной сферой, являются ключевым компонентом женской сексуальной дисфункции [13, 14, 19].

При изучении клинических случаев проявления пролапса гениталий у женщин в менопаузе [Е. Д. Минович и др.] сопутствующие урогинекологические расстройства были выявлены у 83,8 % случаев.

Основными симптомами при этом были поллакиурия, цисталгия, никтурия сопровождавшиеся императивными позывами к мочеиспусканию и синдромом гиперактивного пузыря и ИЦ [4, 13, 14].

Помимо этого более чем в двух третей женщин в менопаузе с выраженным (II-III степени) пролапсом гениталий отмечались нарушения уродинамики верхних отделов мочевыделительной системы, что способствовало восходящей инфекции. Подтверждением этого была выявлена у 75 % обследованных пациенток пиурия. Стрессовое недержание мочи и другие вышперечисленные урогинекологические расстройства встречались более чем у трети женщин в менопаузе с пролапсом внутренних гениталий, что было

подтверждено при клиническом их обследовании и подготовке к хирургической коррекции. Это было установлено после проведения пробы с тампоном аппликатором. Следовательно, клапанный механизм недержания мочи в менопаузе встречался в каждой третьей женщины при стрессовом недержании мочи [10, 11].

Описанные нами синдромы урогенитальных расстройств у женщин в менопаузе (поллакиурия, никтурия, цисталгия), женскую сексуальную дисфункцию многие авторы рассматривают в тесной связи с эстрогенным дефицитом и последующими атрофическими изменениями, происходящими в урогенных и сосудистых системах уретры [1, 2, 4, 15].

Доказано также, что проксимальная уретра, треугольник Лието, влагалище, дистальная уретра, парауретральные железы тесно связаны между собой, как эмбриологически, анатомически так и функционально. Так эндоскопически можно наблюдать адекватную бледную атрофическую слизистую уретры, мочевого пузыря и влагалища с просвечивающимися многослойными капиллярами, кровоточащими при прикосновении. Эндоскопически подобная картина идентична и в вагинальном эпителии при сенильном кольпите [1, 2, 10, 11].

Дефицит эстрогенов в климактерии важнейший фактор, влияющий на состав соединительной ткани, её структуры и биохимические характеристики. Следовательно, прогрессирующее снижение уровня эстрогенов в менопаузе приводит постепенно к развитию, как пролапса внутренних гениталий, так и сопутствующим ему различным урогенитальным расстройствам и женской сексуальной дисфункции со всеми клиническими её проявлениями.

Вместе с тем совершенно ясно, что дефицит эстрогенов может играть свою восстановительную роль до определенного момента. Затем его действия значительно усугубляются, становятся необратимыми метаболические изменениями в тканях, ограничивающих патогенетический эффект позднего применения ЗГТ, что указывает на необходимость своевременного её проведения. Все это нередко может приводить к развитию у женщин в менопаузе, так называемой гиперактивной функции детрузора, характеризующейся произвольными сокращениями детрузора во время фазы заполнения мочевого пузыря. В таких случаях потери мочи могут происходить как спонтанно, так, и спровоцировано (при быстром его наполнении, изменении позы, кашле, быстрой ходьбе, прыжках и прочее) [13].

В перименопаузе и поздней менопаузе в случаях развития тяжелой степени урологических расстройств, женщины полностью или почти полностью теряют мочу. Расслабление мышц тазового дна происходит при переходе из горизонтального положения в вертикальное, например, во время полового акта и даже во сне.

Перечисленное сочетание урогинекологических расстройств, женской сексуальной дисфункции и другой патологии (пролапсе гениталий, психосексуаль-

ных расстройств, деменции) в менопаузе встречаются в 78% женщин [10, 11].

Урогенитальные расстройства у женщин в менопаузе чаще соответствовали различным стадиям частичного или полного выпадения внутренних половых органов. При этом, чем старше был возраст женщин тем чаще наблюдались урогенитальные расстройства [10, 11, 13, 14].

Нарушение поддержки переднего сегмента влагалища с вовлечением мочевого пузыря нами было выявлено более чем у двух третей женщин в менопаузе, сопровождавшиеся функциональными нарушениями мочевыделительной систем у 83% женщин. При длительности менопаузы более 10 лет возрастает количество случаев урогенитальных расстройств и атрофического вагинита (до 73%). Разработанная и предложенная MESH пластика дна мочевого пузыря (Е. Д. Минович, 2008), особенно при дефекте анатомии переднего влагалищного сегмента и цистоцеле с применением современных методов хирургической коррекции у женщин, особенно репродуктивного возраста, позволяла избежать риска возникновения урогенитальных расстройств у женщин в менопаузе.

Наш клинический и реабилитационный опыт показывает, что в 62 % женщины нуждаются в применении современных методов и способов хирургической коррекции, гинекологического массажа, современной физической и гормональной реабилитации, особенно при начальных стадиях проявления пролапса гениталий, что позволяет в 2,5 раза снизить риск развития урогинекологических расстройств, женской сексуальной дисфункции и сохранить качество жизни в менопаузе [10, 11].

Известно, что женщины в менопаузе, страдающие урогинекологическими расстройствами попадают в порочный круг: из-за болезненных ощущений они ограничивают себя в физической активности, становятся малоподвижными, ведут пассивный образ жизни, не занимаются физическими упражнениями. В то время как женщины, которые активно продолжают заниматься физическими упражнениями, имеют меньше урогинекологических расстройств и симптомов женской сексуальной дисфункции, чем те, кто вообще не занимается.

Недостаточная физическая активность женщин в менопаузе способствует ожирению, остеопорозу, снижает чувствительность скелетных мышц, мышц тазового дна, промежности, проявлению урогинекологических расстройств, пролапса внутренних половых органов и женской сексуальной дисфункции.

При условии хорошего физического состояния, отсутствии общеизвестных противопоказаний: высоких показателей артериального давления, нормальной электрокардиограммы, мы рекомендуем [10, 11, 12] женщинам менопаузального возраста активно заниматься физическими упражнениями и современными методами физической восстановительной реабилитации.

Прежде всего, можно и нужно заниматься посильными возрасту физическими упражнениями, обяза-

тельно делать утреннюю зарядку или бегать трусцой, три раза в неделю посещать бассейн или тренажерный зал, полчаса прогуливаться в быстром темпе. При этом рекомендуем серьезно отнестись к освоению методов дыхательной гимнастики по К. С. Стрельниковой и особенно по К. П. Бутейко [17, 19].

В наших рекомендациях следует придерживаться доступного комплекса современной физической реабилитации. Это, прежде всего, соблюдать здоровый образ жизни, выполнять режим труда и отдыха, поменьше сидеть перед телевизором, особенно в неудобной позе, отказаться от вредных привычек (курение, алкоголь и др.). Рекомендуем регулярно выполнять специальные упражнения, дополняя их плаванием в бассейне 2-3 раза в неделю, преимущественно облегченным стилем (брасом), тепловые процедуры (сауна, баня, теплые ванны с температурой воды 37⁰-39⁰С с морской солью, хвойным экстрактом, лекарственными отварами). Подводный массаж, гинекологический массаж, закаливание, чтобы усилить микроциркуляцию и обмен веществ в тканях. Добиться преодоления стрессов с помощью активной физической двигательной нагрузки, релаксации, аутогенной тренировке в соединении с дыхательными упражнениями, активную психологическую и социальную деятельность.

Гигиеническую гимнастику по утрам можно выполнять стоя, лежа в кровати, с обязательным включением в работу всех групп мышц. Выполнять физические упражнения необходимо легко, придерживаясь осторожности и самостраховки.

В комплексе упражнений следует включать посильные физические упражнения для мышц рук и плечевого пояса, головы, шеи, туловища, мышц ног, стоп, пальцев стоп. Обязательно сопровождая дыхательными упражнениями по К. П. Бутейко (ВПГД) [17], самомассаж.

На протяжении дня рекомендуем прогулки; хобби (музыка, сбор грибов, ягод); зоотерапию; оздоровительную ходьбу (ускоренная ходьба со свободным бегом) – ежедневно по 20-30 минут; оздоровительный аквафитнес (физические упражнения в воде), плавание в бассейне 3 раза в неделю по 1 часу. Упражнения в воде помогут сбросить лишний вес. В воде легче двигаться, усталость не наступает так быстро. При выполнении упражнений в воде легче преодолеть сопротивление воды и напрягать мышцы. Давление воды действует как массаж. Кроме этого гимнастика в воде повышает настроение, улучшает самочувствие. Занимайтесь ею в бассейне, на море, где можно опереться руками: о бортик, мостик, на лесенку [10, 13, 14, 15].

Очень распространенной и популярной в последние годы становится так называемая танцевальная физическая терапия. Танец – это эстетический спектакль, выполняемый хорошо тренированным танцором. Танцевальная терапия – демократична, танцевать могут все. При умении танцевать пол или возраст не имеют значения. В танцевальной терапии движения тела воспринимаются как процесс, а не объект. В танцах вы научитесь контролировать своё тело, чего требуют нравственные правила современного общества,

в котором мы живем. Танцевальная терапия позволяет завершить шаги, которые мы ощущаем внутри своей души, но не можем сделать в действительности.

Включайте музыку и танцуйте – в одиночку, со своим любимым, с детьми! Сделайте шаг к своей обновленной жизни [10, 13].

В санаторно-курортных условиях успешно проводятся водные процедуры или местный массаж (гидромассаж, душ Шарко, шотландский душ), элементы психорегуляции и коррекции, расслабляющая и успокаивающая фитотерапия с фрагментами современной музыкотерапии, современные методы физической и физиотерапевтической реабилитации.

Одним из важнейших условий эффективности реабилитационной программы должно быть доверие пациента к врачу ЛФК, специалисту реабилитологу, положительный настрой на проведение занятий ЛФК, оздоровительного фитнеса, регулярную утреннюю гимнастику, ходьбу, аэробику, аквааэробику и закаливание. Позитивно окрашенное влияние оказывает на психологическое и эмоциональное состояние пациентки во время проведения занятий физической реабилитации и врачебный контроль за её состоянием.

Физическая реабилитация, активный образ жизни, санаторно-курортный режим и лечение позволяют наиболее успешно сочетать гормональную терапию, физические, физиотерапевтические лечебные и реабилитационные мероприятия с благоприятной и доброжелательной психологической обстановкой со стороны врача гинеколога, уролога, психоневролога, специалиста реабилитолога и среднего медперсонала отделения санатория. Все это способствует успешному лечению и реабилитации женщин с урогинекологическими расстройствами и женской сексуальной дисфункции при климактерическом синдроме.

Смена обстановки при санаторно-курортном лечении, изменение образа жизни, отсутствие ряда неблагоприятных домашних и семейно-бытовых условий, позволяют женщине сосредоточиться на лечебно-реабилитационном процессе и успешно овладеть современными методиками своего оздоровления [7, 10, 11, 12].

Выводы.

1. Проблема пролапса тазовых внутренних половых органов, сопутствующие ему урогенитальные заболевания, сексуальная дисфункция и другие расстройства, возникающие у женщин в возрасте после 50-лет и получившие свое дальнейшее развитие в менопаузе и постменопаузе остаётся окончательно неизученной.
2. Урогенитальное старение и ЖСД в менопаузе представляет собой симптомокомплекс вторичных осложнений, связанных с развитием атрофических и диспластических (дистрофических) процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочепоолового тракта: мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате половых органов малого таза и мышцах тазового дна.
3. При пролапсе гениталий сопутствующие нарушения мочевыделительной системы наблюдаются у

83% женщин. В случаях длительности менопаузы более 10 лет возрастает количество более тяжелых клинических проявлений урогенитальных и сексуальных расстройств: атрофический вагинит, интерстициальный цистит, цистоуретрит, гиперактивный мочевой пузырь, сенильный вагинит (кольпит), диспареуния, нарушения микроциноза влагалища и другие расстройства в урогенитальной сфере у 73% женщин.

4. Половым гормонам, наряду с акушерско-гинекологическими причинами, в частности дефициту эстрогенов в поддержание тонуса и трофики мышц тазового дна, нарушение основных функций, мочевого пузыря придается первоначальное и важное значение.
5. Важным условием осуществления успешной восстановительной реабилитации женщин придается современной хирургической коррекции пролапса гениталий, устранению урологических расстройств, женской сексуальной дисфункции, изменению образа жизни. Повышение их физической активности, использование современных методов физической, физиотерапевтической и психологической реабилитации в условиях санаторно-курортного лечения.

Дальнейшие исследования предполагаются проводить в изучении отдаленных последствий лечения данной патологии у женщин.

Литература:

1. Балан В. Е. Урогенитальные расстройства в климактерии // руководство по климактерию / В. Е. Балан, В. П. Сметник, А. С. Анкирская, В. В. Муравьева, Г. Т. Сухих / Под редакцией В. П. Сметник, В. И. Кулакова – М.: - Мед. информ. агентство. – 2007. – С. 194-264.
2. Балан В. Е. Нарушения мочеиспускания в климактерии и принципы их лечения / В. Е. Балан, Э. К. Гаджиева. – Русский медицинский журнал. – Т.8, № 7. М.: 2000. – С. 284-286
3. Бенедиктов В. И. Гинекологический массаж и гимнастика / В. И. Бенедиктов. - Медицинская книга. – Издательство НГМА. - 1998, - 123 с.
4. Борисенко И. Ю. Физические методы реабилитации сексуальных расстройств у женщин. Сексология и андрология. Выпуск № 6 / И. Ю. Борисенко / Под редакцией профессора Горпинченко И. И. Киев. – 2002. – С. 107-112.
5. Вдовиченко Н. П. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна корекція / Н. П. Вдовиченко, А. П. Григоренко, В. М. Бойчук, М. Д. Боцюра. – Репродуктивное здоровье женщины. – 2005.- № 1(21). – С. 198-200.
6. Григоренко А. П. Оперативне лікування жінок з випадінням внутрішніх статевих органів / А. П. Григоренко, Л.О. Яровська. – зб. наук.пр.. Асоціація акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед». 2004. – С. 165-167.
7. Закревский А. П. Путь к исцелению / А. П. Закревский. – Донецк: АОЗТ. – Издательство «Донетчина». – 2008. – 288 с.
8. Заворотный В. П. Научно-популярный журнал «Советы Доктора». Программа «Удобный доктор» «Шубоши» / В. П. Заворотный. – Воронеж. – 2003 (8). – 28 с.
9. Кулаков В. И. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути / В. И. Кулаков, Е. А. Чернуха, А. И. Гус и др.. – Акушерство и гинекология. – 2004. – С. 26-30.
10. Минович Е. Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов у женщин группы риска. Автореф. дисс. докт. мед. наук / Е. Д. Минович. – Одесса. – 2008. – 40 с.
11. Минович Е. Д. Клинико-анатомические обоснования применения восстановительных методов физической реабилитации и гинекологического массажа при неправильных положениях и опущениях матки / Е. Д. Минович, В. А. Митюков, А. В. Чурилов, С. И. Галассу, А. В. Симарова, Н. В. Князева //Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків. - № 5. – 2009. – С. 168-174.
12. Митюков В. А. Современные взгляды на проблему возникнове-

- ния заболеваний костно-мышечной системы у женщин в период перименопаузы и менопаузы (профилактика и физическая реабилитация) / В. А. Митюков, А. В. Симарова, А. Н. Кириллов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків.- № 11. – 2008. – С. 188 – 194.
13. Переверзев А. С. Нарушения сексуальной функции у женщин с урологическими заболеваниями / А. С. Переверзев // Новости медицины и фармации № 11-12. – июнь 2009. – С. 20-21.
 14. Проблемы урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. Итоги встречи экспертов. – «Здоров'я України». – Київ. – грудень 2008. – С. 62-63.
 15. Рябцева И. Т. Заместительная гормональная терапия при синдроме постовариоэктомии. Сборник статей «Заместительная гормональная терапия – гармоничная зрелость женщины. / И. Т. Рябцева, К. А. Шаповалова // Под редакцией академика В. И. Кулакова. Издательство «МИК»: - Москва. – 2000. – С. 3-7.
 16. Старостина Т. А. Использование заместительной гормональной терапии при климактерическом синдроме и профилактика его осложнений. Сборник статей / Т. А. Старостина, Н. В. Гончаренко, О. Б. Полякова // Под редакцией академика В. И. Кулакова. Издательство «МИК»: - Москва. – 2000. – С. 77-87.
 17. Хруставка М. Д. Дыхання за Бутейко – шлях до здоров'я / М. Д. Хруставка. – Тернопіль. Джура. – 2004. – 127 с.
 18. Salonia A. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a gross-sections study / Salonia A., Zanni G., Nappi R.E. // Eur.Urol. – 2004. 45(5). – 642-648.
 19. Aslan G. Sexual function in women with urinary incontinence / Aslan G., Koseoglu H., Sadik O. // Int. J. Import. Res. – 2005. – 17. – 248-251.
 20. Handa V. I. Sexual function among women with uronary incontinence and pelvic organ prolapse / Handa V. I., Harvey I., Candiff G.M. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2004/ - 19. – 751-756.

Поступила в редакцію 24.10.2009г.
 Митюков Віталій Алексеевич
 Минович Евгений Давыдович
 Князева Наталья Владимировна
 Бачурин Виктор Иванович
 Писаренко Петр Николаевич
 Гришина Лилия Николаевна
 Кириллов Александр Николаевич
 ukraine@ghost.dn.ua