

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами
медицинской реабилитации и психиатрии

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСНОВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Учебно-методическое пособие
к практическим занятиям по медицинской реабилитации
для субординаторов-гинекологов 6 курса лечебного факультета

Гомель 2006

УДК 618.1–036.82

ББК 57.1: 53.54

М 42

Авторы-составители: В. Я. Латышева; П. Н. Ковальчук; С. М. Яковец

Рецензенты: кандидат медицинских наук, ассистент кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии Гомельского государственного медицинского университета **Г. И. Вергейчик**; кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии Гомельского государственного медицинского университета **В. А. Подоляко**

Медицинская реабилитация при основных гинекологических М42 заболеваниях: учеб.-метод. пособие к практическим занятиям по медицинской реабилитации для субординаторов-гинекологов студентов 6 курса лечебного факультета / В.Я. Латышева, П.Н. Ковальчук, С.М. Яковец. — Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. — 56 с.

ISBN 985-6779-76-6

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с типовой программой по медицинской реабилитации для студентов лечебно-профилактических факультетов высших медицинских учебных заведений, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Представлены организационно-методические принципы реабилитации в акушерстве и гинекологии. Изложена медицинская реабилитация при основных воспалительных гинекологических заболеваниях, эндометриозе, после гинекологических операций, при мастопатии и климактерическом синдроме.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом УО «Гомельский государственный медицинский университет» 27 октября 2006 г., протокол № 9.

ISBN 985-6779-76-6

УДК 618.1–036.82

ББК 57.1: 53.54

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2006

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитационное направление деятельности всех акушерско-гинекологических учреждений отражает стремление к качественно более совершенной организации оказания медицинской помощи с учетом состояния не только биологических функций женского организма, но и оздоровительной роли всего комплекса экологических, социально-гигиенических и общественных факторов. Реабилитационные мероприятия должны включаться в программу оказания медицинской помощи с момента установления диагноза гинекологического заболевания.

Медицинская реабилитация (МР) акушерско-гинекологических больных осуществляется в женских консультациях, родильных домах, гинекологических и онкологических отделениях и учреждениях санаторно-курортного типа.

Воспалительные заболевания женской половой сферы занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости и являются одной из причин возникновения бесплодия, невынашивания беременности, эндометриоза, доброкачественных и злокачественных новообразований, нарушений менструальной функции. Воспалительные заболевания чаще возникают после абортов, патологических и хирургических родов.

Эндометриоз по частоте возникновения гинекологических заболеваний занимает третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки. Эндометриоз придатков матки и брюшины всегда сопровождается хроническим воспалительным процессом, в результате которого также возникает бесплодие, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря. Эндометриоз развивается только в половозрелом и детородном возрасте, самопроизвольно исчезает в период менопаузы или после удаления яичников, оставляя после себя выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

К общему числу гинекологических заболеваний внематочная беременность составляет до 50%. В абсолютном большинстве случаев (99%) встречается трубная беременность, чаще правосторонняя. Так как лечение внематочной беременности только хирургическое, то 70–80% больных в дальнейшем страдают вторичным бесплодием, а у 12% наблюдается повторная трубная беременность. Это объясняется наличием хронического аденексита, а также последствием самой операции в виде спаечного процесса в малом тазу.

Поэтому так актуальна реабилитация после трубной беременности.

Доброкачественной опухолью матки — миомой страдают до 1% взрослых женщин. Выбор метода лечения определяется особенностями патогенеза заболевания. Основу современных принципов ведения больных с миомой матки составляют сочетание консервативного лечения с хирургическим.

Климактерический синдром (КС) наблюдается у 40–50% женщин в возрасте 46–50 лет и требует соответствующего лечения. Комплексная патогенетическая терапия КС позволяет снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, остеохондроза и урогенитальных расстройств в периоде менопаузы.

Концепция реабилитации в акушерско-гинекологической практике должна рассматриваться как одна из важнейших задач оказания медицинской помощи женщинам.

I. Цели курса:

- Ознакомить студентов с организационно-методическими принципами реабилитации в акушерстве и гинекологии.
- Изучить современную программу диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний.
- Обучить студентов основам восстановительного лечения больных при воспалительных гинекологических заболеваниях, эндометриозе, после гинекологических операций, при мастопатии и КС.
- Овладение навыками составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР) больным гинекологического профиля.

II. Задачи курса

Студент должен знать:

- три уровня последствий болезни (органный, организменный и социальный) при основных гинекологических заболеваниях;
- показания и противопоказания к назначению реабилитационных мероприятий у больных с гинекологическими заболеваниями;
- цели и задачи МР больных с гинекологическими заболеваниями;
- основные принципы, методы и средства МР больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы, при послеродовых септических заболеваниях, после внематочной беременности, эндометриозе, при миоме матки, мастопатии и КС;
- методы физической реабилитации (ФР) больных с гинекологическими заболеваниями;
- критерии оценки категорий жизнедеятельности организма, а также принципы составления ИПР.

Студент должен уметь:

- провести осмотр больной с гинекологическим заболеванием, дать оценку проведенным методам исследования;
- сформулировать развернутый клинико-функциональный диагноз в соответствии с унифицированными клиническими классификациями;
- применять методы ФР в акушерстве и гинекологии;
- определить реабилитационный потенциал (РП) и составить ИПР больной и инвалида при гинекологической патологии;
- выделить клинико-реабилитационные группы;
- определить методику и последовательность МР на стационарном, амбулаторно-поликлиническом, санаторно-курортном и домашнем этапах;
- оценить эффективность выполнения ИПР и МР.

Студент должен овладеть практическими навыками:

- осмотр и обследования больных с гинекологической патологией;
- оценить клинико-лабораторные и инструментальные данные;
- сформулировать клинико-функциональный диагноз больных с гинекологическими заболеваниями;
- определить РП больной и инвалида;
- составить ИПР больной и инвалида;
- уметь оценивать эффективность выполнения ИПР.

III. Вспомогательные материалы по теме:

- учебно-методическая разработка для студентов;
- тексты лекций по МР;
- ситуационные учебные задачи и тексты для студентов при гинекологической патологии;
- медицинская документация реабилитационного отделения поликлиники, дневного стационара, физиотерапевтического отделения;
- истории болезни больных;
- лабораторные и инструментальные данные обследования больных с основными гинекологическими заболеваниями;
- таблицы, схемы, плакаты.

IV. Материалы для контроля за усвоением темы:

- ситуационные задачи по МР больных с гинекологической патологией;
- истории болезни или тематическая больная для составления ИПР и оценки эффективности ее выполнения;
- компьютерная программа для тестового контроля различных уровней сложности при гинекологической патологии.

V. Задания для самоподготовки и учебно-исследовательской работы студентов (УИРС)

1. Сформулировать развернутый клинико-функциональный диагноз тематической больной или по истории болезни.
2. Ознакомиться с инструкцией по заполнению бланка «ИПР больной».
3. Отработка практических навыков врача.
4. Реферат «О враче-реабилитологе».
5. Разработать ИПР при остром аднексите.
6. Разработать ИПР при хроническом аднексите.
7. Разработать ИПР при послеродовом метроэндометрите.
8. Разработать ИПР при эндометриозе.
9. Разработать ИПР при бактериальном кольпите.
10. Составить ИПР при кистозно-фиброзной мастопатии.
11. Разработать ИПР после надвлагалищной ампутации матки по поводу миомы.
12. составить ИПР при КС у женщин с остеопорозом.

Литература для УИРС

1. **Жарков, А. О.** О враче-реабилитологе / А. О. Жарков // Врач. — 1996. — № 6. — С.30–31.
2. **Кукушкина, Т. Н.** Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность / Т. Н. Кукушкина, Ю. М. Докши, Н. А. Чистякова. — Л. : Медицина, 1981. — 152 с.
3. **Малевич, К. И.** Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях / К. И. Малевич, П. С. Русакевич. — Мн. : Выш. шк., 1994. — 368 с.
4. Нетрадиционные методы лечения в акушерстве и гинекологии. — Киев : Здоровье, 1996. — 263 с.
5. **Смычек, В. Б.** Основы реабилитации: курс лекций / В. Б. Смычек. — Мн., 2000. — 132 с.
6. Справочник врача женской консультации / под ред. Г.И. Герасимовича. — Мн. : Беларусь, 1983. — 352 с.

Тест

Ответьте на предложенные вопросы, выбрав один или несколько правильных ответов из предложенных вариантов.

1. С чем связан патогенез клинических проявлений климактерия?
 - а) с истощением фолликулярного аппарата;
 - б) с нарушением гомеостаза;
 - в) с поражением центральной нервной системы;
 - г) с повышением функции коры надпочечников;
 - д) с нарушением подкорковых механизмов.
2. В каком случае при патологическом климактерии противопоказаны половые гормоны?
 - а) артропатии;
 - б) фиброматоз молочных желез;
 - в) гипертензия;
 - г) выраженные вегетативные кризы;
 - д) аритмии.
3. Какой фактор провоцирует ранний климактерий?
 - а) эссенциальная гипертензия;
 - б) бесплодие;
 - в) сосудистая дистония;
 - г) длительная лактация, много родов;
 - д) стрессовая ситуация.
4. Какое нарушение ритма чаще бывает при климактерической миокардиодистрофии?
 - а) мерцательная аритмия;
 - б) синусовая тахикардия;

- в) экстрасистолия;
- г) пароксизмальная тахикардия;
- д) синусовая брадикардия.

5. Какой симптом характерен для климактерической миокардиодистрофии?

- а) кардиалгии;
- б) аритмии;
- в) нарушение проводимости сердца;
- г) увеличение печени;
- д) стенокардия.

6. Какова наиболее частая причина женского бесплодия?

- а) врожденные аномалии половых органов;
- б) миома матки;
- в) воспалительные заболевания половых органов;
- г) нейроэндокринные синдромы.

7. Какие признаки не относятся к неразвивающейся маточной беременности?

- а) кровянистые небольшие выделения из матки;
- б) прекращение роста матки;
- в) увеличение уровня эстриола;
- г) снижение уровня хорионического гонадотропина;
- д) исчезновение предположительных признаков беременности.

8. Что не является показаниями к хирургическому лечению миомы матки?

- а) большие размеры опухоли (более 15 недель беременности);
- б) сочетание миомы матки небольших размеров с аденомиозом;
- в) быстрый рост опухоли;
- г) некроз узла миомы;
- д) субсерозный узел миомы на ножке.

9. Что не относится к осложнениям трубной беременности?

- а) внутрибрюшное кровотечение;
- б) инфицирование трубной беременности;
- в) гемморагический шок;
- г) апоплексия яичника;
- д) перитубарная гематома и спаечный процесс в брюшной полости.

10. Какой из признаков не относится к клинике предменструального синдрома?

- а) мастодиния;
- б) прибавка в весе;
- в) мигрень;
- г) аменорея;
- д) депрессия.

11. Каков фактор риска эктопической беременности?

- а) гипоплазия матки;
- б) оральная контрацепция;
- в) перенесенные воспалительные заболевания гениталий;
- г) в анамнезе кесарево сечение;
- д) недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла.

12. Какие методы не используются при диагностике эндометриоза гениталий?

- а) ультразвуковое исследование гениталий;
- б) лапароскопия, кольпоскопия, гистероскопия;
- в) биопсия эндометрия;
- г) метросальпингография;
- д) бактериологическое исследование содержимого влагалища.

13. Каковы показания к назначению синтетических прогестинов?

- а) дисфункциональные маточные кровотечения в детородном возрасте;
- б) контрацепция;
- в) острые воспалительные заболевания гениталий;
- г) маточные кровотечения в постменопаузе;
- д) злокачественные заболевания женских половых органов.

14. Каковы методы лечения прогрессирующей трубной беременности?

- а) хирургический с удалением трубы;
- б) хирургический с сохранением трубы и удалением плодного яйца;
- в) консервативный путем местного введения метотрексата;
- г) назначение гормональных средств;
- д) назначение антибактериальных средств.

15. Каковы морфологические признаки эндометрия в менструальной фазе?

- а) эндометрий толщиной не более 7 мм, высокие эпителиальные клетки, железы закручены, строма отечная широкая;
- б) тонкие кубические клетки желез, просвет узкий, строма плотная и компактная;
- в) признаки десквамации слизистой;
- г) признаки регенерации слизистой;
- д) эндометрий толщиной более 7 мм, эпителиальные клетки высокие, железы закручены, строма широкая и отечная, лейкоцитарная инфильтрация.

16. Каков наиболее точный метод диагностики патологии в случае маточного кровотечения у женщины репродуктивного возраста?

- а) кольпоскопия;
- б) лапароскопия;
- в) биопсия эндометрия;
- г) раздельное выскабливание слизистой шейки и матки;
- д) биопсия шейки матки.

17. Какими свойствами обладают гестагены?

- а) являются антиэстрогенами;
- б) обладают противоопухолевым эффектом;
- в) стимулируют выработку гонадотропных гормонов;
- г) вызывают гиперплазию эндометрия;
- д) увеличивают цервикальное число.

18. Какова наиболее частая причина маточных кровотечений в перименопаузальном возрасте?

- а) прорывное эстрогеновое кровотечение;
- б) ановуляторное кровотечение;
- в) прогестерондефицитное кровотечение;
- г) кровотечение при органической доброкачественной патологии (миома, полип эндометрия, аденоматоз);
- д) кровотечение при злокачественной патологии (аденокарцинома эндометрия).

19. Какие факторы способствуют кандидозному вульвовагиниту?

- а) ожирение;
- б) спринцевания содовым раствором;
- в) сахарный диабет;
- г) редкие половые сношения;
- д) частый прием бактериальных препаратов.

20. Какова наиболее частая причина атрофического кольпита?

- а) оральная контрацепция прогестинами;
- б) медикаментозная аменорея при лечении миомы матки или эндометриоза;
- в) постменопауза;
- г) оральная контрацепция гестагенами;
- д) хирургическая кастрация у молодых женщин по поводу злокачественных заболеваний женских половых органов.

21. Каковы факторы устойчивости слизистой влагалища к инфекции?

- а) высокий уровень эстрогенов;
- б) низкий уровень эстрогенов;
- в) кислая среда;
- г) отсутствие бактерий Дедерлейна;
- д) высокий уровень прогестерона.

22. Каковы факторы, усугубляющие течение климактерического периода?

- а) стрессовые ситуации;
- б) экстрагенитальные заболевания;
- в) прием прогестинов;
- г) прием гестагенов;
- д) прием эстрогенов.

23. Каковы клинические проявления дефицита эстрогенов в менопаузе?
- а) маточные кровотечения;
 - б) приливы жара и потливости;
 - в) астеноневротический синдром;
 - г) урогенитальные нарушения (сенильные и язвенные кольпиты, сухость влагалища, цисталгии и недержание мочи);
 - д) остеопороз.
24. С какой патологией сочетается чаще всего эндометриоз гениталей?
- а) синдром поликистозных яичников;
 - б) бесплодие;
 - в) рак эндометрия;
 - г) ановуляторный менструальный цикл;
 - д) гормонопродуцирующая опухоль яичника.
25. Где наиболее часто локализуются эндометриоидные гетеротопии?
- а) в мышце матки;
 - б) в шейке матки;
 - в) на серозной оболочке кишечника;
 - г) на брюшине малого таза и яичниках;
 - д) в ректо-вагинальной перегородке.
26. Каковы признаки малигнизации миомы матки?
- а) неэффективность гормонотерапии;
 - б) рецидивирующая менометроррагия;
 - в) рост миомы в постменопаузе;
 - г) уменьшение размеров миомы в постменопаузе;
 - д) быстрый рост миомы в репродуктивном возрасте.
27. Какой метод исследования не обязателен для подтверждения диагноза миомы матки?
- а) ультразвуковое исследование органов малого таза;
 - б) пельвиография;
 - в) раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки и шейки;
 - г) гистероскопия;
 - д) лапароскопия.
28. Какие средства не используются при лечении острого эндометрита?
- а) десенсибилизирующие средства;
 - б) хирургическое лечение;
 - в) антибактериальные средства;
 - г) антиоксидантный комплекс витаминов;
 - д) спазмолитики.
29. Какова наиболее частая форма недержания мочи при климактерическом синдроме?
- а) вынужденное недержание мочи;

- б) неврогенный мочевой пузырь;
- в) стрессовое недержание мочи;
- г) некоординированный мочевой пузырь;
- д) сочетание стрессового и вынужденного недержания мочи.

30. Где вырабатывается тестостерон в постменопаузе?

- а) в надпочечниках;
- б) в подкожно-жировой клетчатке;
- в) в стромальных клетках яичников;
- г) в атретических фолликулах яичников;
- д) в белочной оболочке яичников.

31. Какие лабораторные методы исследования применяются для диагностики остеопороза в постменопаузе?

- а) уровень ионов кальция в крови и моче;
- б) уровень ионов фосфора в крови и моче;
- в) уровень щелочной фосфатазы;
- г) уровень активных метаболитов витамина «Д»;
- д) уровень прогестерона в крови.

32. Какой эстроген секретируется в наибольших количествах у женщин репродуктивного возраста?

- а) эстрон;
- б) эстрадиол-17-бета;
- в) диэтилстильбестрол;
- г) эстриол;
- д) ничто из вышеперечисленного.

33. Что не относится к действию эстрогенов?

- а) определение развития вторичных половых признаков;
- б) стимулирование ДНК;
- в) повышение сократимости маточных труб;
- г) вызывание гипоплазии внутренних половых органов;
- д) вызывание ороговевания влагалищного эпителия.

34. Какие структуры изменяют секрецию эстрогенов?

- а) надпочечники;
- б) яичники;
- в) щитовидная железа;
- г) плацентарная ткань;
- д) ничто из вышеперечисленного.

35. Каковы причины возникновения послеродового эндометрита?

- а) длительный безводный период;
- б) бактериальный вагиноз;
- в) большое число влагалищных исследований в родах;

- г) нарушение правил асептики и антисептики;
- д) все вышеперечисленное.

36. Что является наиболее частой причиной послеродовых воспалительных заболеваний матки?

- а) микоплазмы;
- б) хламидии;
- в) смешанная флора;
- г) облигатные анаэробы;
- д) трихомонады.

37. Какой метод контрацепции противопоказан женщинам с воспалительными заболеваниями гениталий в прошлом?

- а) ВМС;
- б) механический;
- в) химический;
- г) гормональный;
- д) биологический.

38. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику ретроцервикального эндометриоза?

- а) рак яичника;
- б) рак толстой кишки;
- в) миома матки;
- г) рак шейки матки;
- д) со всеми вышеприведенными.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КУРСА

1. Организационно-методические принципы реабилитации в акушерстве и гинекологии.

- 2. МР при остром аднексите.
- 3. МР при подостром аднексите.
- 4. МР при хроническом аднексите.
- 5. МР при бесплодии воспалительного генеза.
- 6. МР при генитальном герпесе.
- 7. МР женщин, перенесших послеродовые септические заболевания.
- 8. МР после внематочной беременности.
- 9. МР при эндометриозе.
- 10. МР при миоме матки.
- 11. МР при мастопатии.
- 12. МР при климактерическом синдроме.

1. Организационно-методические принципы реабилитации в акушерстве и гинекологии

В акушерско-гинекологической практике правомерен лишь профилактический подход к проблемам и задачам реабилитации. Ее нельзя рассматривать только как завершающую фазу лечения или совокупность меро-

приятый, проводимых после окончания обычной терапии. Реабилитационные мероприятия должны включаться в программу оказания медицинской помощи с момента установления диагноза беременности (предупреждение самопроизвольного аборта, недонашивания, гестоза и т.д.) или гинекологического заболевания (предупреждение расстройств менструальной, сексуальной и репродуктивной функций).

Применительно к задачам женских консультаций реабилитацию следует рассматривать в качестве так называемой третичной профилактики, цель которой — предупреждение инвалидизации или уменьшение ее последствий. Ей предшествуют мероприятия вторичной и первичной профилактики. Последняя проводится до возникновения заболевания и состоит в применении общегигиенических мер и общеукрепляющих средств (неспецифическая профилактика) или мер и средств, направленных на устранение условий возникновения потенциально угрожающей конкретной патологии (специфическая профилактика).

Вторичная профилактика заключается в превентивно направленном лечении уже возникшего заболевания (предупреждение более тяжелых и хронических форм, а также осложнений).

Профилактическая направленность лечения акушерско-гинекологической патологии предполагает осуществление раннего и точного распознавания болезни и рациональной ее терапии (своевременной, этиопатогенетической, индивидуально адаптированной и комплексной). В практической работе женских консультаций указанные требования вторичной профилактики достигаются путем организации и методически правильного проведения массовых профилактических осмотров женского населения; осуществления сплошной диспансеризации женщин обслуживаемого района; обеспечения эффективной консультативной и специализированной помощи.

В повседневной практической деятельности по охране здоровья населения нельзя четко разграничивать мероприятия профилактического, лечебного и собственно реабилитационного характера, особенно в акушерско-гинекологической практике, требующей оценки весьма неустойчивых параметров физиологического и патологического течения всех специфических функций женского организма. Различия носят условный характер и касаются в основном последовательности мероприятий. В частности, лечебные мероприятия отличаются большей направленностью на устранение конкретного заболевания, причем в клинически выраженной стадии развития (острой, подострой). Для реабилитационных мероприятий характерна большая нацеленность их на нормализацию гомеостаза организма в целом (с учетом функций экстрагенитальных органов), а также на восстановление его гармонии с окружающим миром (в семье, на производстве и т.д.).

Необходимо более последовательно и активно использовать оздоровительный потенциал психологических, педагогических и социально-гиги-

нических мер воздействия, которыми должны владеть все врачи. Для достижения максимального реабилитационного эффекта не менее важно сотрудничество медицинской службы с административными и общественными органами.

Многоплановые реабилитационные мероприятия делятся на медицинские, профессиональные и социальные.

МР акушерско-гинекологических больных осуществляется усилиями медицинского персонала женских консультаций, родильных домов, гинекологических и онкологических отделений, а также учреждений санаторно-курортного профиля. Она включает:

- этиопатогенетическую терапию распознанного заболевания, цель которой — максимальное сохранение функций поврежденных органов (фармакотерапия, хирургическое вмешательство);
- психотерапию и лечебно-охранительный режим, направленные на устранение связанных с заболеванием (беременностью) неблагоприятных психоэмоциональных сдвигов;
- физиотерапию, лечебную физкультуру, лечебный массаж и санаторно-курортное лечение для устранения остаточных анатомических изменений и восстановления функциональной полноценности половых органов.

Проводимая в женских консультациях МР может быть ранней или поздней. Задача первой состоит в предупреждении клинически развитых и осложненных форм акушерско-гинекологической патологии. Она представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на выявление и быстрее устранение доклинических и ранних клинических форм патологии беременности (невынашивание, гестоз и др.), осложнений послеродового периода (лактационный мастит, гипогалактия, недостаточный темп процессов обратного развития), а также острых и подострых форм гинекологических заболеваний.

Поздняя МР акушерско-гинекологических больных состоит в комплексном долечивании их после выписки из стационара, а также лечении женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями. Она направлена на предупреждение обострений и рецидивов заболеваний, ликвидацию их резидуальных проявлений. Поздняя реабилитация касается в основном тех больных, которые страдают заболеваниями, ведущими к возникновению стойких анатомических и функциональных последствий (гинекологические заболевания воспалительной, эндокринной, опухолевой природы, нарушения статики половых органов, последствия оперативных вмешательств).

Для эффективности проводимых в женской консультации реабилитационных мероприятий медицинского характера необходимы:

- четкая организация диспансерного наблюдения за беременными и больными на участках, что позволяет оказывать профилактическую медицинскую помощь планомерно и активно, с учетом влияния средовых факторов и индивидуальных особенностей организма (факторов риска);

- совершенство диагностики, которая должна обеспечивать своевременность и полноту распознавания заболеваний (особое внимание следует уделять внедрению методов функциональной диагностики акушерской и гинекологической патологии);

- рациональность терапевтических воздействий, программа которых должна отвечать требованиям индивидуализации, профилактической направленности и комплексности лечения с учетом единства психоэмоциональных и эндокринно-соматических функций организма. В акушерстве и гинекологии степень реабилитационного эффекта тесно связана с физиологической адекватностью терапевтических мероприятий и щадящим отношением к структуре и функциям органов женщины-матери и плода.

В связи с коллективным характером всех видов медицинского труда, а также обязательностью активного отношения к охране и укреплению собственного здоровья со стороны населения принципы реабилитации наиболее полно удастся реализовать в организационных рамках так называемого «терапевтического сообщества», функционирующего в условиях адекватной «терапевтической среды». Эти понятия охватывают всю совокупность материально-технических, кадровых, организационно-методических и морально-этических факторов, обеспечивающих эффективность и высокую культуру медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.

После МР при необходимости проводятся мероприятия, направленные на восстановление профессионального статуса пациентки. Профессиональная реабилитация сводится к рациональному трудоустройству (временному или постоянному) в соответствии с данными экспертных оценок физического и психологического состояния больной, ее трудоспособности и возможности выполнять прежнюю работу. Последствия акушерско-гинекологических заболеваний, как правило, не требуют смены профессии.

Что касается социальной реабилитации, то в отношении гинекологических больных ее содержание в значительной мере совпадает с содержанием медицинской и профессиональной реабилитации, так как и целью лечения, и целью рационального трудоустройства является достижение максимального социального эффекта. В состав реабилитационных мероприятий в обязательном порядке должны включаться психологические и педагогические воздействия, цель которых — преодоление связанной с заболеванием и его последствиями психической травмы и обучение пациентки правильному поведению (на производстве, в семье, обществе) с учетом пережившегося состояния специфических функций ее организма.

Таким образом, концепция реабилитации в акушерско-гинекологической практике должна рассматриваться как одна из важнейших задач на всех уровнях охраны здоровья матери и плода и оказания медицинской помощи гинекологическим больным, как неотъемлемый процесс са-ногенеза (составная часть выздоровления и восстановления функций), как

прогрессивный организационно-методический подход в осуществлении медицинской деятельности работниками родовспомогательных учреждений, гинекологических и онкологических отделений.

Основными организационно-методическими принципами реализации МР являются:

- единство биологических и психотерапевтических методов воздействия;
- физиологичность и профилактическая направленность лечебно-диагностической работы;
- комплексность реабилитационных мероприятий;
- непрерывность, последовательность, преемственность и индивидуальный характер реабилитационных программ.

2. Медицинская реабилитация при остром аднексите

Вопросы диагностики, терапии и реабилитации воспалительных заболеваний женской половой сферы, несмотря на определенные успехи в их решении, продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем медицины, учитывая их лидирующие позиции (65–70%) в структуре гинекологической заболеваемости. Результаты клинико-морфологического обследования таких пациентов свидетельствуют о снижении иммунологической реактивности организма и возникновении вторичного иммунодефицита, что является одной из причин хронизации процесса.

В терапии острого аднексита выделяют два направления — консервативное и хирургическое. Цель консервативного лечения — устранение симптомов заболевания и сохранение функции маточных труб. Терапия должна быть комплексной и лечение проводят в стационаре.

Одним из основных методов терапевтического воздействия при остром аднексите является антибактериальная терапия. При тяжелых инфекциях целесообразно назначить антибиотики бактерицидного действия, а при среднетяжелых — бактериостатического, и с учетом чувствительности микрофлоры. Антибиотики применяют в терапевтических дозах, которые соответствуют тяжести инфекции. Если в течение трех суток терапевтический эффект не достигнут, то прибегают к антибиотикам резерва.

При тяжелых инфекциях с неуточненным возбудителем необходимо применять антибиотики с широким спектром действия. Расширение спектра действия достигается сочетанием антибиотиков: цефалоспорины III поколения, клиндомицин, аминогликозиды, цефокситин и доксициклин; амоксициклин и клиндамицин и др.

Применение антибиотиков в дозах ниже терапевтических недопустимо. Лечебное действие при этом не обеспечивается, но побочные эффекты (аллергизация, дисбактериоз и адаптация возбудителей к антибиотику) проявляются в полной мере. Сочетать лучшие антибиотики с различным механизмом действия. При применении более двух препаратов побочные явления возникают быстрее, чем терапевтический эффект.

При лечении острого аднексита используются также нитрофураны (фурадонин, фуразолидон, фурагин, хиноксидин и др.), а также противогрибковые препараты: дифлюкан, нистатин, леворин, далацин трихопол (метронидазол) и др. Из сульфаниламидных препаратов нашли применение уросульфан, сульфапиридазин, сульфомонометаксин, сульгин, сульфаленфталазол, фталазол, сульфасалазин, бактрим и др.

С дезинтоксикационной целью нашли широкое применение гемодез, реополиглюкин, солевые растворы, раствор 10%-ной глюкозы, белковые препараты (плазма, альбумин). Общее количество вливаемой жидкости составляет 2–2,5 л.

К десенсибилизирующей терапии, применяемой в лечении острого аднексита, относятся пипольфен, супрастин, тавегил, перитолфеккарол, димедрол, которые вводятся внутривенно, внутримышечно, перорально. Лучше использовать глюконат кальция, так как антигистаминные препараты тормозят фагоцитарную активность лейкоцитов и образование антител.

Иммунотерапия при остром аднексите представлена такими препаратами, как циклоферон, Т-активин, антистафилококковая плазма, лейкоцитарная взвесь, тимоген, тимолин, полиглобулин и др.

При лечении данного заболевания широко применяются биостимуляторы (экстракт алоэ, экстракт плаценты, ФИБС, плазмол, гумизоль, торфот, стекловидное тело, биосед и др.), ферментотерапия.

В случае избыточной фибринолитической активности крови назначают лизоцим, памбу, гордокс (300–500 тыс. ЕД в сутки), трасилол. Механизм их действия связан с бактериостатическим эффектом, так как они осуществляют защиту тканей от действия микробных протеаз.

С целью реализации различных метаболических процессов организма используют витаминотерапию (витамин С, а также группы В).

Коррекция реологических и коагуляционных нарушений осуществляется применением ацетилсалициловой кислоты, гепарина и его аналогов, курантила, реополиглюкина и др.

К немедикаментозной терапии острого аднексита относятся:

- криотерапия (влагалищная и абдоминальная), которая оказывает болеутоляющее, противовоспалительное и гемостатическое действие. Холод применяют на 30 мин с перерывами 2 ч;
- УФО-эритемотерапия: субэритемная доза на надлобковую и околокресцовую область по полям. Она оказывает анальгезирующий, дегидратирующий, десенсибилизирующий и противовоспалительный эффекты;
- магнитотерапия: ПеМП низкой частоты, которое оказывает обезболивающий, дегидратирующий, противовоспалительный, седативный и гипокоагуляционный эффекты;
- раннее применение электромагнитного поля СВЧ (460 МГц) в интенсивном режиме при адекватной антибактериальной терапии повышает результативность лечения острого воспаления придатков матки;

- гипербарическая оксигенация (ГБО) повышает кислородную емкость крови, стимулирует обменные процессы, оказывает мощное стимулирующее влияние на нервную систему;
- обменный плазмоферез — способ освобождения кровеносного русла от патологических элементов: аутоантител, антигенов и циркулирующих комплексов, улучшающий микроциркуляцию крови;
- экстракорпоральное УФО крови больных с помощью аппарата «Изоolda», при котором через 3–5 мин увеличивается кислородная емкость крови, и повышенная оксигенация удерживается около 30 сут. Это способствует улучшению обменных и стимулирует регенеративные процессы;
- экстракорпоральная гемосорбция используется при отсутствии выраженного дезинтоксикационного эффекта после трансфузионной и антибактериальной терапии.

После гемосорбции значительно снижается токсичность плазмы, увеличивается суточный диурез, уменьшается агрегация эритроцитов, улучшается общее состояние больных, стимулируется перистальтика кишечника, что снижает эндогенную интоксикацию;

- лазеротерапия оказывает противовоспалительное действие, улучшает микроциркуляцию, снижает отек тканей, стимулирует регенерацию и механизмы иммунобиологической защиты, повышает чувствительность микрофлоры к антибиотикам, оказывает обезболивающий эффект;

- рефлексотерапия — лечебный метод, основанный на раздражении специальными иглами (или электротоком) точно локализованных участков кожного покрова, получая при этом специфический эффект: ощущение давления, распирания, жжения. Она обладает обезболивающим, противовоспалительным эффектом;

- лапароскопия расширяет возможности эффективной терапии при остром аднексите. После осмотра органов малого таза производят орошение труб растворами, содержащими антисептики и антибиотики, а также разделение нежных спаек, освобождение из спаек труб и яичников. При наличии гноя их аспирируют, а при наличии tuboовариальных образований их удаляют.

3. Медицинская реабилитация при подостром аднексите

Лечение и реабилитация подострого аднексита проводят комплексно по этапам.

Первый этап — стационарный. Фармакотерапия включает следующие лечебные мероприятия: антибактериальная терапия, иммунокоррекция, витаминотерапия (С, В, Е), которые представлены в разделе МР при остром аднексите, назначение адаптогенов (жень-шень, элеутерококк, левзея, китайский лимонник, розеола, заманиха) во II фазу менструального цикла. Эти препараты оказывают выраженное антистрессорное и противовоспалительное действие, ускоряют репаративные процессы в ранах, усиливают адаптационную способность.

Немедикаментозное лечение такое же, как и при остром аднексите.

Второй этап МР можно начинать в стационаре и продолжать амбулаторно. Фармакотерапия представлена адаптогенами и биостимуляторами (экстракт алоэ, биосед, гумизоль, торфот, фибс, плазмол и др.).

Немедикаментозное лечение назначают дифференцированно, с учетом клинических данных и сопутствующей патологии. Широко при этом используется ЛФК, а также аппаратная физиотерапия. Из физиотерапевтических процедур предпочтение отдают электрофорезу цинка, кальция и меди.

При электрофорезе кальция понижается проницаемость клеточных мембран, повышается сопротивляемость клеток к разрыхлению. Введение кальция вызывает сосудосуживающий эффект, а при эксудативной стадии воспалительного процесса обеспечивает дегидратацию воспалительного очага, усиливает ассимиляционные процессы.

Необходимо отметить, что электрофорез меди повышает эстрогенную активность яичников.

Заслуживает внимания органный электрофорез: лекарственное вещество попадает в межэлектродное пространство не с электродной прокладки, а путем введения его в прямую кишку в виде микроклизмы или путем введения электрода с лекарственным веществом во влагалище.

Обращает на себя внимание применение при подостром аднексите магнитотерапии, ДМВ, СМВ деци- и сантиметровых волн.

При ДМВ электромагнитные волны проникают на глубину до 9 см, а при СМВ — до 3–5 см.

Микроволновая терапия способствует купированию и обратному развитию активности воспалительной реакции, улучшению кровообращения, повышению неспецифической резистентности организма, оказывает значительное десенсибилизирующее действие.

ДМВ-терапия эффективнее индуктотермии, УВЧ-терапии и СМВ-воздействия.

Индуктотермия оказывает противовоспалительное, сосудорасширяющее, гипотензивное, болеутоляющее, бактериостатическое, рассасывающее, седативное и антиспастическое действие на организм. Наиболее выраженный эффект проявляется при глубоком расположении патологического очага.

УФО и УВЧ-терапия назначается как и при остром аднексите.

На третьем этапе фармакотерапия включает в себя иммунокоррекцию (дифференцированную), а также улучшение микроциркуляции, реологических и коагуляционных свойств крови.

Из немедикаментозного лечения применяется ЛФК. Аппаратная физиотерапия представлена ультразвуковой терапией. Лечебный эффект импульсного ультразвукового излучения продолжительнее, чем непрерывного. Для фонофореза можно использовать нафталан.

Значительное место в лечении подострого аднексита отведено лазеротерапии. Она обладает противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию, снижает отек тканей, стимулирует регенерацию тканей, стимулирует местные механизмы иммунологической защиты, повышает чувствительность микрофлоры к антибиотикам, оказывает анальгезирующий эффект.

Применяют гелий-неоновый, гелий-кадмиевый и инфракрасный лазеры на рефлексогенные зоны и своды влагалища от 15 до 20 сеансов по 10–15 мин, а также надвенное и внутривенное облучение крови.

Широкое применение в лечении подострого аднексита нашла фитотерапия. Используются фитосборы для спринцеваний, влагалищных ванночек и тампонов (ромашка, крапива, шалфей, птичий горец, тысячелистник, календула, кора дуба, ивы, цветы липы, фиалки трехцветной, бузины черной, корень алтея, семена льна и др.). Распаренную смесь травы заворачивают в ткань и вводят в горячем виде во влагалище.

Сборы трав используют для приема внутрь в виде настоев: цветы донника — 1 часть; листов мать-и-мачехи — 1 часть; трава золототысячника — 1 часть; трава крапивы — 1 часть; тысячелистник — 2 части. Заливают 1 столовую ложку смеси 500 мл кипятка, пьют по 100 мл 3 раза в день в течение 1 месяца.

4. Медицинская реабилитация при хроническом аднексите

Хронический неспецифический сальпингоофорит относится к числу наиболее частых локализаций воспалительных заболеваний внутренних половых органов и занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости. Характерной особенностью заболевания является вовлечение в патологический процесс различных систем организма, что позволяет его оценивать с позиции полисистемного процесса. Несмотря на определенные возможности медикаментозной терапии больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом не всегда удается добиться стойкой ремиссии заболевания, предотвратить рецидивы и по возможности оказать комплексное влияние на сформировавшийся нейроэндокринный симптомокомплекс, обуславливающий гормональную дисфункцию, нарушение менструальной и генеративной функций.

Особенности течения хронического неспецифического аднексита в настоящее время (наличие бессимптомных и субклинических форм, затяжное, часто рецидивирующее течение) представляют реальную опасность ранней хронизации процесса и развития осложнений: бесплодия, нарушений менструальной функции, риска возникновения внематочной беременности, тазовых болей.

Лечение и реабилитация при хроническом аднексите основаны на следующих принципах:

- своевременная клиническая оценка глубины и тяжести функциональных и структурных поражений;

- определение степени обратимости изменений;
- патогенетически обоснованное неоперативное лечение при обратимых и хирургическое — при необратимых структурных изменениях;
- обязательное лечение малосимптомных, стертых форм;
- оценка исходной гормональной функции яичников;
- первоочередное устранение тазовых болей, обусловленных воспалением;
- санация одновременная или последовательная всех очагов инфекции;
- коррекция полисистемных расстройств;
- строгая обоснованность антибактериальной терапии;
- базисная роль немедикаментозных методов в комплексном лечении;
- проведение психотерапии;
- динамическая оценка ответных реакций организма на проведенное лечение.

Отказ от широкого применения антибактериальной терапии связан с низкой значимостью и удельным весом микробного фактора в патогенезе заболевания.

Главная преследуемая цель — устранение болевого синдрома, сочетание локальных лечебных воздействий с одновременной или последовательной коррекцией расстройств нервной, эндокринной, сосудистой и других систем.

Для этого руководствуются следующими принципами:

- стимуляция неспецифической иммунологической резистентности;
- лечение сопутствующей гинекологической патологии;
- рациональное использование методов местной и общей терапии;
- разумное ограничение медикаментозной терапии;
- широкое использование немедикаментозных и нетрадиционных методов лечения;
- регуляция менструальной функции;
- этапность и комплексность лечения;
- правильный выбор лечебной тактики;
- точный учет результатов проведенного лечения.

Антибактериальная терапия показана при обострении хронического аднексита, если она ранее не использовалась, или на фоне лечения при риске обострения хронического аднексита. Кроме того назначают:

- болеутоляющие средства (ненаркотические анальгетики, ингибиторы простагландинов, анальгин, новокаин, лидокаин, индометацин);
- седативные средства (валериана, пустырник, корень пиона, малые транквилизаторы: нозепам, мезапам, гранзаксан и др.);
- десенсибилизирующие средства как и при остром аднексите;
- адаптогены как и при остром аднексите;
- иммунокоррекцию дифференцированную как и при подостром аднексите;
- проводят гормональную коррекцию вторичной гипопункции яичников в строгом соответствии с тестами функциональной диагностики;

- ферментотерапию (ронидаза, лидаза, коллиназа, хонсурид, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин в виде ректальных свечей, электрофореза);
- витаминотерапию.

Достижения последних лет дают основание считать методы физической терапии одним из перспективных направлений современной медицины, учитывая их возможности дифференцированного и целенаправленного действия на различные звенья патогенеза заболевания, повышение адаптационных возможностей при минимальном риске развития побочных эффектов и аллергических реакций.

Лечебные физические факторы — это ведущий компонент комплексного патогенетического лечения. Значительное место в лечении хронического аднексита отводится климатотерапии:

- Аэротерапия — лечение открытым свежим воздухом. Физиологическое действие аэротерапии связано с повышенным обеспечением организма кислородом, что способствует нормализации нарушенных функций организма, в первую очередь ЦНС. При воздушных ваннах физиологическое действие аэротерапии связано с эффектом охлаждения организма полностью или частично обнаженного человека, с раздражением кожных рецепторов воздухом, что способствует тренировке и совершенствованию механизмов терморегуляции, повышению устойчивости организма к охлаждению, что очень важно у гинекологических больных. Применяют аэротерапию на открытом воздухе и воздушные ванны (пешеходные прогулки, сон на веранде, игры на воздухе).

- Гелиотерапия — применение солнечных лучей с лечебной целью. Основным действующим фактором является энергия электромагнитного светового излучения Солнца в диапазоне 290–3000 нм, который содержит основную часть общего потока солнечной радиации. Взаимосвязанные гуморальные и рефлекторные явления, возникающие при гелиотерапии, отражаются на обменных, ферментативных и иммунных процессах. Инфракрасные лучи оказывают в основном тепловое действие. Ультрафиолетовое излучение — бактериоцидный и иммуностимулирующий эффект.

- Талассотерапия — морские купания. Механизм действия их связан с термическими, механическими и химическими факторами. Купания повышают жизненный тонус организма, его адаптационные возможности через иммунозащитные и эндокринные механизмы, оказывают выраженное закаливающее действие.

- Бальнеотерапия — использование минеральных и радоновых вод — естественных или искусственно приготовленных аналогов. Она вызывает десенсибилизирующий, обезболивающий, противовоспалительный и рассасывающий эффекты. Однако влияние бальнеотерапии на половые органы женщины неодинаково.

Так *сульфидные ванны* снижают активность эксудативного и инфильтративного компонентов воспаления, оказывают значительный фибринолитический эффект, повышают сократительную активность маточных труб, а *хлоридно-натриевые воды* повышают глюко- и минералокортикальную активность надпочечников.

Азотно-термальные воды вызывают анальгезирующий, седативный, десенсибилизирующий эффект, положительно влияет на обмен веществ.

Радоновые воды — анальгезирующий, противовоспалительный, гемостатический и седативный эффекты, снижают экстретию эстрогенов.

Широко используются следующие виды ванн:

- общие и местные (сидячие) пресные;
- вибрационные;
- общие ароматизированные (хвойные, шалфейные, валериановые, скипидарные);
- общие газованные: жемчужные, кислородные, пенистые.

Бальнеотерапия применяется в виде ванн, микроклизм, влагалищных орошений. При гипофункции яичников противопоказано лечение радоном, йодом, бромом, а при гиперэстрогении противопоказаны соляные, углекислые, сульфидные воды.

• Грязелечение оказывает десенсибилизирующий, обезболивающий, рассасывающий и противовоспалительный эффекты. Пелоидотерапия улучшает гемодинамику органов малого таза, снимает активность эксудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную функцию яичников, способствует развитию мышечных волокон матки. Наиболее часто применяют аппликации грязи на области солнечного сплетения, зоны «трусов» и «брюк», вагинальные и ректальные тампоны.

Клиническую результативность пелоидотерапии можно повысить сочетая ее с магнитотерапией и постоянным током низкого напряжения.

К искусственным физическим факторам относятся ультразвуковая терапия и фонофорез, лекарственный электрофорез (медь, магний, цинк и др.), ДДТ, УВЧ, СВЧ, СМВ, ДМВ, магнитотерапия, нейротропная электротерапия. Комплексное применение нейротропной интерференцтерапии и йодобромных ванн способствуют более полному восстановлению гормональной функции яичников у больных с исходными гиперэстрогенными состояниями, что, очевидно, определяется особенностью действия бальнеофактора.

В комплексном лечении хронического аднексита применяются также рефлексотерапия, лазеротерапия, баротерапия, УФОК, плазмозерез, фитотерапия, ЛФК, массаж, психотерапия.

Задачами ЛФК при хроническом аднексите является ликвидация воспалительного процесса, борьба с последствиями гиподинамии, улучшение кровообращения в малом тазу, уменьшение застойных явлений и рассасы-

вание экссудата, способность к эвакуации продуктов распада из очага воспаления, предупреждение возникновения, а также рассасывание рубцово-спаечных процессов в малом тазу. ЛФК проводится в разнообразной форме.

Массаж — это метод механотерапии, заключающийся в механическом воздействии на мягкие ткани тела больной путем поглаживания, растирания, разминания и вибрации, вызывая улучшение кровообращения массируемого участка, ускорение лимфооттока, активацию тканевого дыхания, способствует стимуляции адаптационных функций женского организма.

Его можно сочетать с физиотерапией, причем электрофорез лекарственных веществ проводят после массажных воздействий.

5. Медицинская реабилитация при бесплодии воспалительного генеза

Целью медицинской реабилитации бесплодия воспалительного генеза является восстановление фертильности женского организма.

Вопрос терапии бесплодия решается после окончательного обследования супругов. Лечение должно быть комплексным, направленным на восстановление всех звеньев репродукции (овуляция, транспорт гамет, имплантация яйцеклетки) и носит этапный характер, которое включает:

- купирование воспалительного процесса;
- восстановление проходимости маточных труб;
- коррекцию нарушений их функций;
- активацию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Выделяют консервативное и хирургическое лечение бесплодия воспалительного генеза. Консервативная терапия должна носить этапный характер и состоит из фармакотерапии (проводят только на первом этапе) и немедикаментозных воздействий (на всех этапах лечения).

На первом этапе фармакотерапия преследует цель предотвратить обострение хронического аднексита.

При этом назначают продигозан по 1 мл 1 раз в 4 дня, 4 раза, а после второй инъекции применяют антибиотики широко спектра действия и физиолечение или гоновакцину с 0,5 мл до 1,3–2,1 мл внутримышечно через день в сочетании с физиолечением, а антибактериальная терапия назначается после курса, или пирогенал, доза которого на курс лечения зависит от индивидуальных особенностей организма до повышения температуры тела до 38°C и выше и только тогда присоединяются антибиотики.

Немедикаментозное лечение включает сочетанный электрофорез с 3%-ным раствором диметилсульфоксида (на лонную область), катодкрестец с 10% раствором калия (лучше микроклизма с 1%-ным раствором КJ), электрофорез с 1%-ным сульфатом цинка, 10%-ным сульфатом магния, 2%-ным сульфатом меди, ДМВ, ПеМП, УФО, иглорефлексотерапию.

Второй этап начинают через 10–15 дней после физиолечения. При гиперэстрогемии показаны радоновые ванны, а при гипофункции яичников — озокерит, лечебные грязи («труссы», влагалищные и ректальные тампоны),

сероводородные ванны (общие, влагалищные орошения). Лечение проводят в амбулаторных условиях или в санатории. Через 4 месяца после лечения (эффект последствий) проводят контрольную гистеросальпингографию (ГСГ). При проходимости труб определяют функцию труб (пертубация). Если проходимость маточных труб и функция их не нарушены, то лечение дальнейшее не требуется.

В тех случаях, когда проходимость маточных труб не восстановлена, повторяют первый этап.

Третий этап проводят после второго, если проходимость маточных труб восстановлена, но нарушено их функциональное состояние. В таком случае назначают сероводородные ванны и электростимуляцию маточных труб. Лечебный комплекс с использованием низкочастотной магнитотерапии, общих йодобромных ванн и вагинальных орошений (температура 36–37°C, продолжительность 10–15 мин, на курс 10–12 процедур) является эффективным методом терапии больных хроническими неспецифическими аднексиданитами, осложненным функциональным трубным бесплодием. Основу данного утверждения составляют, с одной стороны, наблюдаемые клинические эффекты (анальгетический, противовоспалительный, способность улучшать или нормализовывать менструальную функцию), с другой стороны, данные специальных методов исследования (улучшение регионального кровообращения, редукция гормонального дисбаланса, улучшение функциональной активности маточных труб).

Когда после двух этапов проходимость маточных труб не восстановлена, показана микрохирургическая или лапароскопическая коррекция маточных труб.

Медицинская реабилитация после хирургического лечения. Целью МР являются улучшение условий микроциркуляции. Применяется гепарин и его аналоги, ацетилсалициловая кислота, курантил, сосудорасширяющие средства (но-шпа, папаверин и др.). Первым этапом она проводится со 2–3 дня послеоперационного периода. Назначают антибактериальную терапию, ингибиторы простогландинов (индометацин, аспирин, метиндол, напроксин), а на 4–5 сутки — курс гидротубаций через день в течение двух недель.

Из немедикаментозных методов лечения назначаются ПеМП низкой частоты, электрофорез с медью, магнием и цинком, лазеротерапия (гелий-неоновый, инфракрасный). УФО, УВЧ-терапия, фонофорез с гидрокартизоном назначается с первых дней послеоперационного периода.

Фонофорез способствует повышению проницаемости клеточных мембран, скорости биохимических реакций и биофизических процессов. Это обеспечивает анальгезирующий, десенсибилизирующий и фибринолитический эффекты, образование артериальных и венозных коллатералей в зоне озвучивания, стимулирует функцию коры надпочечников и яичников.

Второй этап проводится через 3–4 месяца после операции — амбулаторно.

Таким пациентам показан ультразвук в импульсном режиме, ЛФК, гинекологический массаж.

На третьем этапе через 5–6 месяцев после операции продолжается рассасывающая терапия и улучшение гормональной функции яичников. Его проводят в санаторно-курортных условиях. Достижение вышеуказанной цели достигается использованием аэрофитотерапии, ПеМП, электрофореза с цинком, магнием, медью, ультразвуковой терапии, лазеротерапии, бальнеотерапии и грязелечения, озокерита, нафталан, сероводородных ванн и др.

Восстановительная терапия назначается на четвертом этапе через 7–8 месяцев после операции. Она направлена на устранение нарушенной функции маточных труб и гормонального дисбаланса. При сниженной сократительной активности маточных труб назначается электростимуляция труб. При отсутствии овуляции применяется клостилбегид.

Обязательным условием успешно проводимой МР является применение различных видов контрацепции.

6. Медицинская реабилитация при генитальном герпесе

Тактика специфического лечения генитального герпеса предусматривает профилактику обострений и осложнений заболевания, а также достижение устойчивой ремиссии.

При проведении терапии герпетической инфекции наиболее приемлемы два подхода:

- сочетанное использование антигерпетических препаратов с различным механизмом действия;
- параллельное использование этиотропных препаратов с иммунобиологическими веществами (интерферон, иммуностимуляторы, иммуноглобулин).

Фармакотерапия герпетической инфекции заключается в назначении:

- герпетической поливалентной вакцины по 0,3 мл 1 раз в 4 дня, с перерывом в две недели, пять раз;
- антивирусной химиотерапии (хелепин, алпизарин, рибавирин, видарабин, ацикловир, бинафтон, метисазон (внутрь), местно: хелепин, теброфен, мегасин, госсипол, ацикловир, бонафтон, интерферон лейкоцитарный, оксолин, дезоксирибонуклеаза, керицид, риодоксол, флореналь, полудан);
- средства, влияющего на иммуногенез (Т-активин, тималин, спленин, продигозан, пирогенал, декарис, пентоксил, дибазол, элеутерококк, иммуноглобулин противогерпетический, циклоферон).

Из немедикаментозных методов лечения показана лазеротерапия (гелий-неоновый), а для потенцирования эффекта целесообразно сочетать ее с местными аппликациями противовирусных средств.

МР при герпетической инфекции связана с профилактикой рецидивов, так как пациенты пожизненно являются носителями вируса герпеса. При генерализованных формах для лечения и реабилитации привлекаются другие специалисты (стоматологи, окулисты, венерологи, урологи, проктологи).

Лечение и профилактику генитального герпеса рекомендуется проводить с учетом трех фаз в течение рецидива заболевания.

В первой фазе (рецидив заболевания), рекомендуется общее лечение: бонафтон 50 мг 3 раза в день, через 2 дня курс повторяют; метациклин; витамин С; гамма-глобулин (противокоревой); аппизарин; левамизол.

Местное лечение заключается в применении противовирусной мази, для обработки влагалища 4–5 раз в день (госсипон, магасин, бонафтон, алпизарин и др.).

Во второй фазе (стихание рецидива), назначают общее лечение в виде витаминотерапии В₁, В₆, препаратов кальция, аутогемотерапии, седативных средств, антигистаминных препаратов, адаптогенов, дибазола.

Местно применяются противовирусные мази.

В третьей фазе (ремиссия), необходимо проводить общее лечение: накануне проводится курс общеукрепляющего и симптоматического лечения, а затем вводится герпетическая вакцина при длительности рецидива не менее 2 месяцев. Кроме того, рекомендуются стимуляция иммуногенеза и витаминотерапия.

7. Медицинская реабилитация женщин, перенесших послеродовые септические заболевания

Проблема гнойно-септических заболеваний у беременных, рожениц и родильниц всегда волновала и продолжает беспокоить медицинскую общественность. Совместными усилиями клиницистов, эпидемиологов, иммунологов, бактериологов достигнуты разительные успехи в диагностике, лечении и профилактике этих заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечается рост частоты септических заболеваний вообще, в том числе в акушерских клиниках. Значительный удельный вес занимают септические заболевания среди причин материнской смертности. Септические осложнения после родов составляют от 8 до 40% в структуре материнской смертности.

Предрасполагающими факторами возникновения септических заболеваний являются эндокринные заболевания (диабет, заболевания щитовидной железы), токсикозы беременных, анемия, угроза аборта или преждевременных родов, отслойка или предлежание плаценты и другие. Упомянутые изменения можно предупредить или своевременно выявить и лечить при раннем диспансерном учете, полном обследовании беременных в женской консультации, гинекологическом, специализированном акушерском или соматическом стационаре.

Очевидно, это связано со снижением эффективности антибиотиков, несмотря на все увеличивающееся количество выпускаемых препаратов, снижением защитных сил организма, возрастанием роли госпитальной инфекции, изменением эволюции возбудителя и другими факторами.

Использование новых антибактериальных препаратов не только не решило проблему, но привело к росту антибиотико-устойчивых и антибиотико-зависимых форм микробов. Это поставило перед медицинской нау-

кой и практикой сложные задачи, направленные на разработку адекватных методов лечения больных в острой, хронической фазах сепсиса, реабилитацию трудоспособности, специфических функций женщин, профилактику септических заболеваний при последующей беременности и рождение здорового потомства.

Принципом реабилитационной помощи является раннее начало, комплексность, дифференцированность, непрерывность реабилитационных воздействий, преемственность этапов, патофизиологическая обоснованность программ, индивидуальная их коррекция на основе адекватности, интенсивности проводимых мероприятий компенсаторно-адаптационным возможностям организма. Это имеет значение для всех этапов реабилитационной помощи в острой, подострой и хронической стадиях заболевания.

Реабилитация женщин с послеродовым сепсисом включает несколько последовательных этапов.

Первый этап МР проводится в острой или подострой фазе заболевания. Это интенсивная терапия родильниц, направленная на ликвидацию возбудителя, дезинтоксикация организма, восстановление или улучшение всех видов обмена (белкового, электролитного, водного и др.), микроциркуляторных изменений и гемодинамики, подавление катаболических процессов, нормализацию свертывающей и сердечно-сосудистой систем, ликвидацию очага инфекции. Лечение должно быть направлено на полное выздоровление родильницы, предупреждение хронического течения процесса и возникновение тяжелых осложнений и рецидивов.

Второй этап — функциональная реабилитация, восстановление специфических функций женщины и нарушенных функций других органов.

Третий этап — социальная реабилитация, т.е. период социального, трудового и бытового устройства.

Четвертый этап — предупреждение септических заболеваний при последующей беременности.

Первый этап МР проводится в специализированных (обсервационных, реанимационных, септикологических, гинекологических и др.) отделениях (или палатах), располагающих квалифицированными кадрами и хорошей материальной базой (наличие операционной, клинико-биохимических лабораторий), рентген- и мониторными установками. В случае необходимости по линии санавиации для оперативной консультации и экстренного хирургического лечения, при нетранспортабельности больных родильниц, следует немедленно вызвать квалифицированных специалистов. Одновременно, по показаниям, вызываются другие вспомогательные бригады интенсивной терапии — коагулологическая, гемосорбции, плазмафереза и др. Лечение таких больных проводится совместно акушерами-гинекологами и реаниматологами с участием других специалистов (кардиолог, хирург, невропатолог, инфекционист и др.). Однако приоритет в решении ключевых вопросов тактики лечения должен принадлежать акушеру-гинекологу.

Лечение родильниц с тяжелыми формами послеродовых септических заболеваний должно быть комплексным:

1. Терапия должна быть направлена на коррекцию гемодинамических нарушений: гиповолемии, одновременно ликвидацию диспротеинемии и обеспечение каллоража. Применяют растворы хлористого натрия, глюкозы, белковые гидролизаты (аминокровин, аминоксол и др.), плазма, альбумин.

2. Коррекция водно-электролитного баланса проводится за счет введения электролитных растворов (Рингер-Локка, Гартмана, Дарроу и др., хлористого калия и хлористого кальция).

3. Для снятия метаболического ацидоза вводятся растворы 3–5%-ного гидрокарбоната или 10%-ного лактата натрия, ТРИС-буфер.

4. Проводится дезинтоксикационная терапия. При выраженном синдроме эндогенной интоксикации у родильниц с тяжелыми формами послеродовых септических заболеваний показано проведение гемосорбции. Особенно эффективна гемосорбция после удаления очага инфекции или при наличии хорошего оттока для гноя. При развитии острой почечной недостаточности показан гемодиализ. Для снятия спазма периферических сосудов вводят внутривенно эуфиллин, но-шпу и т.д.

Эффективность дезинтоксикационной терапии определяется по уменьшению проявлений токсической энцефалопатии, уменьшению синдрома эндогенной интоксикации, улучшению клинико-лабораторных данных, нормализации диуреза.

5. Проводится коррекция сердечной деятельности, путем введения сердечных гликозидов (строфантин К, коргликон и др.).

6. Проводится коррекция гемопоэза: эритроцитарная масса, лейкоцитарная масса.

7. Осуществляется пассивная иммунизация гипериммунной антистафилококковой плазмой, антистафилококковым иммуноглобулином, стафилококковым бактериофагом, противокоревым гаммаглобулином.

8. Применяется активная иммунизация путем введения стафилококкового анатоксина по 0,25 мл под левую и правую лопатку.

9. Повышение неспецифической иммунной реактивности достигается путем применения пуриновых и пиримидиновых производных (пентоксил, метилурацил по 0,2 г 3 раза в сутки), левамизола, продигоизана, пирогенала по схеме.

10. Иммуномодулирующим моментом обладают витамины С, Е, А, группы В, РР и др.

11. Анаболические стероиды стимулируют синтез белка в организме. Используются ретаболил, нероболит (феноболин), которые назначаются по 2 мл внутримышечно 1 раз в 7 дней, всего 4 инъекции.

12. Используются кортикостероидные препараты (гидрокортизон, преднизолон и др.).

13. Необходима коррекция свертывающей системы крови и микроциркуляторных нарушений.

14. Применяются ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол): вводят по 20–300 тыс. ЕД в сутки, введение аминокaproновой кислоты 5%-ной (100 мл в сутки).

15. Назначаются антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, тавегил, супрастин).

16. Антибактериальная терапия при послеродовых септических заболеваниях является одной из основных. Выбор антибиотика должен проводиться с соблюдением основных принципов их применения: учетом антибиотикограмм, полученных из материала, взятого из очага поражения, фармакологической характеристики препарата.

17. Обязательным условием лечения родильниц с послеродовыми септическими заболеваниями является санация (консервативным или хирургическим путем) очага инфекции.

Второй этап — реабилитационной терапии проводится в женской консультации (поликлинике) или, при необходимости, в стационарных условиях. Его задача — восстановление специфических функций женщины и нарушенных функций других органов, психологического составления родильниц, в усилении развития у них компенсаторных механизмов путем ЛФК, физиотерапии, диетотерапии, санаторно-курортного лечения и, при необходимости, медикаментозного лечения. Этот этап должен быть закончен к концу 10-й недели послеродового периода.

Больные после клинического выздоровления и выписки домой подлежат диспансерному наблюдению, а при необходимости — обследованию и лечению.

У преимущественного большинства женщин, которым проводилось лечение септических заболеваний, отмечаются негативные реакции на лекарственные препараты, поэтому в таких случаях оправдывает себя применение патогенетически обоснованных немедикаментозных воздействий: психотерапии, преформированных (аппаратных) и естественных физических факторов, лечебного массажа, лечебной гимнастики, акупунктуры и рационального питания.

Восстановительная терапия проводится в женской консультации, отделениях медицинской реабилитации крупных поликлиник, домашних условиях, через 5–6 месяцев в санаторно-курортных условиях или санаториях-профилакториях.

Лечебная ходьба положительно влияет на психоэмоциональное состояние, артериальное давление, частоту пульса, объем циркулирующей крови. Гелиотерапия или лечение солнечными лучами повышает сопротивляемость организма, вызывает анальгезирующий и десенсибилизирующий эффекты, оказывает фибринолитическое действие, положительно влияет на менструальную и секреторную функции.

Весьма целесообразным является применение ультразвука. Ультразвук стимулирует макрофагальную систему, усиливая хемотаксис и фагоцитоз, размягчает спаечные структуры и улучшает трофику тканей, купирует боли, предупреждает возникновение вторичной инфильтрации и нагноения.

Реабилитация женщин, перенесших в послеродовом периоде параметрит, пельвиоперитонит или перитонит, должна проводиться поэтапно: I этап начинается с применения переменного поля низкой частоты, затем электрофореза цинка. При невозможности магнитотерапии проводят два курса электрофореза цинка. Если активация процесса отсутствует, можно переходить ко второму этапу реабилитации, который включает общеукрепляющие средства (прогулки по воздуху, диета, ЛФК), биостимуляторы (алоэ, фибс, спленин, апилак, торфот, гумизоль и др.), курс ультразвуковых воздействий, затем — фонофорез гидрокортизона. На III этапе используется внекурортное применение лечебной грязи или озокерита. При недостаточной эффективности последовательного использования указанных физических факторов необходимо провести IV этап реабилитации, который осуществляется в условиях курорта.

Если после перенесенного пельвиоперитонита или перитонита преобладает болевой синдром, то после первого этапа реабилитации следует назначать лечебные физические факторы, обладающие относительно быстрым болеутоляющим действием — диадинамические токи или синусоидальные модулированные токи.

После ликвидации или значительного уменьшения болей можно применять второй и, в дальнейшем, указанные выше этапы МР. Следует помнить, что на фоне сохраняющихся болей клиническая эффективность лечения будет снижена.

МР женщин, перенесших лактационный мастит — серозный или в стадии инфильтрации, включает дарсонвализацию области молочной железы. Реабилитационные мероприятия при гнойном мастите, закончившемся хирургическим вмешательством, заключаются в долечивании физическими факторами, которые включают повторный курс УФ-облучения области послеоперационной раны и прилегающих участков кожи, а потом применение местной дарсонвализации. Проведение этих мероприятий является профилактикой рецидива гноеобразования.

Третий этап — социальная Р, т. е. трудовое и бытовое устройство.

Женщины, перенесшие гнойно-септические заболевания после родов, нуждаются в систематическом наблюдении врача женской консультации в течение 2-х лет: после окончания декретного отпуска 1 раз в месяц, а на 2-м году — 1 раз в квартал. Диспансерное наблюдение за больными с хроническим сепсисом должно продолжаться 3–4 года.

Четвертый этап МР — это предупреждение септических заболеваний при последующей беременности.

Проведение всех вышеуказанных мероприятий, а также систематический анализ всех случаев послеродовых септических заболеваний позволяет еще до и во время беременности выделить группы женщин с высоким риском развития этих заболеваний, обеспечить на разных этапах медицинского наблюдения их полную санацию, предупредить инфицирование во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Профилактикой развития сепсиса является ранняя диагностика и комплексная дифференцированная терапия локализованных форм послеродовых септических заболеваний. Профилактика материнской смертности — это комплексная терапия (консервативная и хирургическая) родильниц с послеродовыми септическими заболеваниями.

8. Медицинская реабилитация при внематочной беременности

Внематочная беременность в гинекологической клинике встречается в 0,8–5% случаев. Каждый практикующий гинеколог в процессе работы обязательно сталкивается с данной патологией. Чаще всего диагностика эктопической беременности не вызывает затруднений. В некоторых случаях в процессе динамического наблюдения одни симптомы присоединяются к другим, формируя клиническую картину заболевания. Пришедшая на помощь врачам эндоскопическая техника позволяет в 98% случаев точно диагностировать внематочную беременность. Оперативное лечение при данной патологии может быть двух видов: сальпингоэктомия и сальпинготомия с удалением плодного яйца и сохранением маточной трубы. При большой кровопотере (> 1 л) или имеющихся нарушениях гемодинамики применяется только сальпингоэктомия. При компенсированном состоянии пациентки, небольшой кровопотере или без нее, отсутствии признаков инфицирования возможно применение операций, направленных на сохранение маточной трубы. Это могут быть эндоскопические операции или операции с применением микрохирургической техники. До настоящего времени нет единого мнения по поводу проведения тех или иных методов оперативного вмешательства. Особый интерес для врачей представляет возможность сохранения единственной трубы при внематочной беременности. Также очень важно определить тактику ведения больных после операций на трубах при данной патологии, возможности профилактики спаечного процесса органов малого таза.

Как правило, внематочная беременность возникает на фоне хронического сальпингита, имеющегося спаечного процесса органов малого таза. Однако в 2–5% случаев может иметь место и патология плодного яйца без наличия каких-либо генетических заболеваний.

Программа реабилитации после эктопической беременности должна носить индивидуальный характер, соответствовать возрасту больной и характеру планирования ее семьи. Реабилитацию следует начинать в оптимальные сроки, т.е. в первые месяцы с момента операции. Важны при этом раннее начало (до выписки больной из стационара) и дифференцированный подход к лечению. С 4–5 дня после операции начинается неспецифическая терапия: общеукрепляющая, гемостимулирующая, десенсибилизирующая.

Применяются аутогемотерапия, биостимуляторы, витамины. С 5 дня назначают КВЧ (5 сеансов), затем электрофорез с цинком. С 11–13 дня после операции аппаратную физиотерапию (АФТ) проводят непосредственно перед гидротубацией, которую можно начинать с 8–10 дня после операции при отсутствии противопоказаний. Второй курс общего лечения целесообразно начинать через 1 месяц после операции.

Применение лечебных физических факторов в комплексной реабилитации больных после операции по поводу внематочной беременности должно проводиться поэтапно.

Первый этап проводится через 5–6 дней после операции в условиях стационара: гидротубация (при отсутствии противопоказаний), сочетанный электрофорез цинка.

Второй этап начинается на 7–8 день следующего менструального цикла в стационаре: гидротубация, АФТ, нетрадиционные методы (ИРТ, ГБО, ЛРТ), вибрационный массаж, ультразвук, электрофорез, ГПЛ, ИК-лазер.

Третий этап проводят без перерыва после второго. Он включает первый курс в домашних условиях в течение 1 месяца. При этом назначаются ферменты, спазмолитики, анальгетики, ректальные свечи «Цефекон», биостимуляторы.

Второй курс проводят в поликлинических условиях в течение 30 дней: гидротубации, АФТ дифференцированная.

В поликлинических условиях на 5–6 день менструального цикла назначают третий курс и проводят до 30–35 дней. Если гормональная функция яичников не изменена или снижена применяют гидротубации, АФТ (ультразвук).

Если диагностируется относительная гиперэстрогения, то назначается электрофорез йода, гидротубации.

Четвертый этап начинают через 4–6 недель после окончания третьего в домашних или поликлинических условиях до 30 дней, а лучше в санаторно-курортных условиях. При этом применяется сочетание естественных лечебных физических факторов: гелиотерапия, оксигенация, аэроионизация, ЛФК, лечебные грязи, озокерит, ванны общие, влажалищные орошения.

В течение 3–4 месяцев в домашних условиях проводится пятый этап реабилитации: естественные лечебные факторы, ЛФК, лечебная гимнастика.

9. Медицинская реабилитация при эндометриозе

Генитальный эндометриоз — гормонозависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушения иммунного гомеостаза.

Целью МР является нормализация специфических функций женского организма в репродуктивном возрасте, восстановление трудоспособности, предупреждение рецидива заболевания. При выборе метода лечения учитывают возраст больной, желание иметь детей, наличие и длительность бесплодия, локализацию и степень распространенности патологического процесса, выраженность клинических проявлений, наличие сопутствующих заболеваний, эффективность предшествующего лечения.

Консервативное лечение эндометриоза предусматривает проведение следующих мероприятий МР:

- регуляцию функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, щитовидной железы;
- подавление пролиферативных процессов в очагах эндометриоза;
- ликвидацию анемии;
- противовоспалительное лечение;
- воздействие на иммунореактивность;
- регулирование функции жизненноважных органов и систем.

Фармакотерапия включает в себя седативную терапию, витамины и общеукрепляющее лечение, иммуностимуляторы, рассасывающую противовоспалительную терапию, десенсибилизирующую терапию, лечение сопутствующих заболеваний, гормонотерапию (гестагены, комбинированные оральные контрацептивы, гестагены и андрогены, антигонадотропины), восстановление фертильности — стимуляцию овуляции.

Для купирования любых проявлений болевого синдрома (хронические тазовые боли, дизурия, альгодисменорея в разных сочетаниях) целесообразно применять нестероидные противовоспалительные средства: аспирин, ибупрофен, мефенамовую кислоту, напроксен, найз, фенопрофен и др. Эти препараты прерывают синтез простагландинов и вызванные ими спастические боли при эндометриозе. Простагландины играют также патогенетическую роль в развитии бесплодия на фоне эндометриоза, вызывая дисфункцию труб и яичников, синдром неовулированного фолликула. При аденомиозе изменение баланса синтеза простагландинов и простациклинов способствует нарушению сократительной активности матки и меноррагии. Обычно препараты назначают накануне месячных (за 1–2 дня) и в первые дни менструации (в период наиболее выраженных болей) в индивидуальной дозировке до максимальной суточной дозы. Индивидуальная реакция и побочные эффекты на них различны, поэтому рекомендуется осторожно и последовательно подбирать наиболее подходящий препарат для конкретной больной.

В комбинации с указанными препаратами или отдельно от них можно назначать анальгетики (анальгин, баралгин, триган, максиган и др.) в индивидуальной дозировке, не превышающей суточную дозу под контролем показателей крови.

Корригирующее влияние на циркадные биоритмы гормонов оказывает в комплексном лечении литием оксibuтиратом. По методике Н. Дейкало (1996 г.) препарат назначается 2 раза в сутки утром и вечером, начиная с 5-го дня менструального цикла. Курс лечения — 14 дней.

В некоторых случаях при мено- и метроррагиях дополнительно для уменьшения кровопотери рекомендуется назначение синтетических антифибринолитических препаратов.

Применение ингибиторов протеолитических ферментов (контрикал, трасилол) за 2–3 дня до менструации и во время нее способствует купиро-

ванию болевого синдрома, уменьшает менструальную кровопотерю, предотвращает активацию процесса.

В отношении эндометриоза методика реабилитационной физиотерапии объясняется наличием воспалительных процессов в сочетании с основным заболеванием и сопутствующим эндометриозу спаечным процессом. В послеоперационном периоде физиотерапия преследует цели купирования болевого синдрома, коррекции нарушений, профилактики инфильтративных повреждений и формирования спаек. В целом методика физиотерапии препятствует рецидивам заболевания.

Наиболее эффективны следующие методы физиотерапевтического воздействия: электрофорез йода, меди, цинка, магния, ультразвук в импульсном режиме, фонофорез лидазы, химотрипсина, трипсина, ронидазы, биокортана; гальванизация шейно-лицевой области, эндоназальная гальванизация, электростимуляция шейки матки.

Электрофорез наиболее эффективен при проведении импульсными токами СМТ-синусоидальными модулированными или флюктуирующими в монополярном режиме.

Считается наиболее эффективным методом магнитотерапия (особенно в импульсном режиме) с индивидуальным подбором параметров. Этот метод не противопоказан при наличии небольших эндометриоидных кист яичников, что делает его особенно ценным.

В послеоперационном периоде уже на вторые сутки (по данным некоторых исследователей в первые 6–12 часов после хирургического вмешательства), следует начинать физиолечение. Наиболее эффективной является комплексная терапия с ГБО, предложенная В.П. Баскаковым, магнитотерапия и впоследствии радоновые влагилищные орошения, микроклизмы или ванны.

Применение импульсного электростатического поля низкой частоты. Установлено, что применение импульсного электростатического поля низкой частоты у гинекологических больных приводит к уменьшению локальной болезненности в малом тазу по ходу сосудов и нервных стволов, а также коррекции гормонально-зависимых нарушений. Несмотря на то, что дефибриллирующий и анальгезирующий эффекты выражены при этой методике слабее, чем при традиционных, преимущество данного метода является его способность регулировать эстроген-прогестероновое соотношение. Благодаря этой способности, импульсное электростатическое поле низкой частоты может применяться больными гиперэстрогенией и сопутствующими гормонально-зависимыми образованиями половых органов, т.е. когда применение тепловых факторов исключено.

Ультратонотерапия. Метод электротерапии, при котором на тело пациента воздействуют переменным током надтональной частоты (22 кГц) высокого напряжения 3–5 кВ. Токи ультратональной частоты оказывают на биоткань мягкое действие, улучшают локальное лимфо- и кровообращение, активируют обменные процессы, купируют болевой синдром. Это

эффективный способ предупредить окклюзию маточных труб после микрохирургических операций на них.

Методика лечения переменным или постоянным магнитным полем. Стоит подчеркнуть, что магнитное поле вызывает ускорение кровотока, уменьшает потребность клеток в кислороде, оказывает сосудорасширяющее и гипотензивное действие, влияет на свертывающую систему крови, обменные процессы, усиливает регенерацию, обеспечивает седативный и болеутоляющий эффекты.

Выраженный иммунокорректирующий эффект оказывает применение импульсного магнитного поля на область селезенки, что повышает эффективность комплексного лечения эндометриоза. Источник магнитного поля МКМ — 2–1 помещают на область проекции селезенки в положении лежа на правом боку на 10 минут ежедневно в течение 3 дней.

Бальнеотерапия. Наиболее эффективны радоновые ванны.

Возможно применение йодо-бромных, кислородных, жемчужных ванн, циркулярного душа с целью общеукрепляющей, тонизирующей или успокаивающей терапии в зависимости от задачи, которую желает решить лечащий врач, используя механизм действия этих процедур на сосудистый тонус и рецепторы кожи.

Ультрафиолетовое облучение крови (УФОК). По методике В.П. Баскакова (1990 г.) УФОК оказывает воздействие на иммунную систему (при противопоказаниях к назначению гормональных препаратов), вызывает устранение вегетососудистых нарушений, способствует восстановлению адаптационных резервов организма.

Лазеротерапия. Терапевтические лазеры (ГНЛ, ИК-лазер, УФ-лазер) показаны в основном как средство реабилитации после хирургических вмешательств с целью снижения послеоперационных осложнений.

Хирургическое лечение с применением лазерной вапоризации СО₂-лазером ложа эндометриоза на шейке матки проводится на 5–6-й день после окончания менструации. Для усиления лечебного воздействия можно использовать медикаментозную задержку менструации гормональными препаратами (гестагенами).

Низкоинтенсивное лазерное излучение (гелий-неоновый и инфракрасный свет) интенсифицирует структурно-метаболические процессы, увеличивает ферментативную активность. Применение инфракрасного когерентного света в раннем послеоперационном периоде у больных эндометриозом яичников и матки способствует уменьшению болевого синдрома, улучшает кровообращение в артериях, питающих матку и яичники, и, самое главное, предотвращает формирование спаечного процесса в малом тазу.

Внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК). Внутрисосудистая гелий-неоновая терапия проводится в лютеиновую фазу менструального цикла мощностью излучения 1,5 мВт с экспозицией 30 минут моно-

волоконнистого оптического световода в кубитальной вене. Курс 5–8 сеансов, может быть повторен через 2 мес.

Взаимодополняющим методом в комплексной терапии таких больных является хирургическое лечение. МР поле операций подразумевает устранение функциональных расстройств. При этом используют трехэтапную систему реабилитации.

Первый этап — функциональная хирургия с использованием современных технических средств: эндоскопии, криовоздействия, электрохирургии, лазерной техники, микрохирургии.

На втором этапе МР применяют аппаратную физиотерапию (ультразвук, электрофорез, ПеМП, лазеротерапия и др.), нетрадиционные методы (ИРТ, ВЛОК, ГБО), санаторно-курортное лечение. Установлена целесообразность применения магнитно-инфракрасно-лазерной терапии и ВЛОК для уменьшения частоты гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде у больных с внутренним эндометриозом.

Третий этап МР включает гормональное лечение (гестагены, оральные контрацептивы, антигонадотропины), иммуномодуляторы, ингибиторы простагландинов.

Реабилитация больных сочетанными формами генитального и экстрагенитального эндометриоза включает следующие этапы:

Первый этап — выполнение консервативно-пластических операций. На втором этапе проводится восстановительное лечение, которое начинается с 7–10 суток после операции, которое включает гормонотерапию (4–9 мес), рефлексотерапию, санаторно-курортное лечение.

МР после пангистерэктомии с удалением очагов эндометриоза смежных органов включает восстановление функции смежных органов, аппаратную физиотерапию, рефлексотерапию, рассасывающую терапию, лечение посткастрационного синдрома.

10. Медицинская реабилитация при миоме матки

Медицинская реабилитация до оперативного лечения миомы матки.

Миома матки — одна из распространенных доброкачественных опухолей, развивающихся в миометрии.

Целью восстановительного лечения является торможение роста опухоли.

К задачам лечения относятся восстановление нарушенных соотношений в гипоталамо-гипофизарной системе, устранение проявлений сопутствующего воспалительного процесса, нормализация функций яичников, улучшение состояния миометрии.

Выбор лечения определяется особенностями патогенеза заболевания, формой и темпом роста опухоли, а также степенью вовлечения в патологический процесс различных отделов нейроэндокринной системы.

Исходя из системного подхода в лечении миомы матки методом выбора является консервативная терапия, а оперативное лечение патогенетически не обосновано.

Основу современных принципов ведения больных миомой матки должно составлять сочетание консервативного лечения с хирургическим.

Пути консервативного лечебного воздействия при миоме матки являются раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний, лечение экстрагенитальных заболеваний, коррекция нарушенных гормональных соотношений, лечение анемии, волемиических и метаболических нарушений, нейротропные воздействия и торможение роста опухоли.

Консервативное лечение начинают с момента установления диагноза независимо от возраста, субъективного статуса, величины и формы опухоли, особенностей клинического течения.

Накануне лечения обязательно необходимо проведение клинικο-диагностического скрининга для определения индивидуальной рациональной программы лечения, а формы и методы консервативного лечения выбирают с учетом многофакторности патогенеза опухоли.

Длительность консервативного лечения должна быть строго регламентирована во времени. Лечение продолжают до наступления менопаузы, а при отсутствии эффекта оно не должно превышать 2–3 года.

Одним из методов консервативного лечения миомы матки является диетотерапия как одна из составных частей комплексного лечения, которая позволяет корригировать многие нарушения обменных процессов. Предпочтительно таким пациентам белковое питание с ограничением жиров и углеводов, фруктовые и овощные соки (1 стакан свекольного, яблочного, сливового, абрикосового сока или по ¼ стакана картофельного сока натощак 1 раз в день на протяжении 6 месяцев с периодическим питьем (7–10 дней) по утрам ½–1 стакана теплой щелочной минеральной воды); исключить жареное, соленое, копченое, спиртное; витаминотерапия для торможения роста опухоли: витамин А, С, Е, гентовит (витамин А избирательно влияет на эстрогенные рецепторы эфферентных органов, дозы при этом в 1,5–2 раза превышают высшую суточную, назначают во вторую фазу цикла в течение 3–6 циклов).

Таким больным показана также:

- утеротоническая терапия: эрготал, эргометрина малеат, метилэргометрин, эрготамина гидротартрат, окситоцин, гифатоцин, питуитрин, маммофизин;
- антианемическая терапия: препараты железа (гемостимулин, лактат железа, ферроцерон, ферроплекс, тардиферон, ферковен; ферум-лек; антианемин, сирепар, камполон, переливание эр-массы, декстраны и др.);
- седативная терапия растительного происхождения (валериана, корень пиона, мята и др.), малые транквилизаторы (тазепам, мезепам, френолон и др.);
- для стимуляции защитных систем организма применяется настойка элеутерококка по 30 капель после еды; метилурацил по 0,5 г 3 раза в день; индометацин (метиндол) по 0,25 мг 2 раза в день во II фазу цикла, курсами по 2 месяца с интервалом в 6 месяцев;

- при сопутствующем воспалительном процессе придатков матки и миоме матки назначают метилурацил по 0,5 г 3 раза в день, продигиозан по 1 мл внутримышечно 1 раз в 4 дня (4 раза), декарис по 150 мг 2 раза в неделю или тималин по 5–20 мг (курс 30–100 мг).

Антибактериальная терапия проводится по строгим показателям в период обострения процесса или в сочетании с продигиозаном. Протеолитические ферменты целесообразно применять в виде электрофореза, СМТ (2–3 курса по 15 процедур, с перерывом в 1 месяц).

Показаниями для гормональной терапии является поздний репродуктивный возраст, лечение гиперпластических процессов эндометрии, торможение роста опухоли, противопоказания к хирургическому лечению. Из гормональных препаратов применяются андрогены (метиландростендиол, метилтестостерон, тестостерона пропионат — для менопаузы); гестагены: прогестероновый ряд (прогестерон, прегнин, 17–ОПК) и норстероидный ряд (норэтистерона ацетат, норколут, ацетомепрогенол), назначение которых основано на двух эффектах — антиэстрогенном и антифиброматозном; оральные контрацептивы (фемоден, микрогенол и др.), причем длительное применение их (до 3 лет) приводит к регрессивным изменениям эндометрия; кортикостероиды — при наличии признаков субклинической формы надпочечниковой недостаточности (преднизолон по 2,5 мг в I фазу цикла, потом гестагены во II фазу). В течение года рекомендуется 6 курсов в сочетании с электрофорезом 1%-ного раствора калия йодида.

Из немедикаментозного лечения назначают фитотерапию.

При наличии меноррагий проводят аутомаманизацию с Са — ежедневно или через день в середине менструального цикла 10–12 процедур, не менее 4 курсов в год, с интервалом в 1–2 цикла.

В случае первичного поражения функции яичников с повышением гонадотропной функции гипофиза применяют гальванизацию зоны «воротника» по методике Щербака, эндоназальный электрофорез с витамином В₁.

При пониженной гонадотропной функции гипофиза применяют электрофорез Си в I фазу цикла, электрофорез Zn во II фазу цикла, электростимуляцию шейки матки.

При обострении хронического аднексита прибегают к электрофорезу ферментами (химотрипсина, трипсина и др.), СМТ-электрофорез цинка (15 процедур, 2 курса с интервалом 1 месяц), ПЕМП по 10 минут (10–12 процедур, 2–3 курса с перерывом 2–3 месяца), при сочетании меноррагии с болевым синдромом — электрофорез йода (10–15 процедур, 2 курса).

Бальнеотерапия должна быть строго дифференцированной, так жемчужные ванны назначают при преобладании вегетативно-сосудистых нарушений, анемии. Радоновые ванны и влажные орошения показаны в любом возрасте при размерах миомы не более 12 недель беременности, а йодобромные ванны — при миоме матки с длительным (не более 5 лет)

аднекситом. Кроме того, пациентам с миомами матки назначают вибромассаж. Иглорефлексотерапия показана при миоме матки с мено-, метроррагиями. Лазерная и криодеструкция эндометрия рекомендуется в период пременопаузы (углекислый и аргонный лазер). При деструкции эндометрии используется диатермоэлектрокоагуляция. Широко применяется фитотерапия: сок картофельный, крапива, подорожник, тысячелистник, пастушья сумка, спорш, пустырник, валериана, зверобой, боярышник, шиповник, бессмертник, аир, полевой хвощ, ромашка, мать-и-мачеха и др.

Медицинская реабилитация после хирургического лечения миомы матки (миомэктомии). Реабилитацию больных начинают в хирургическом стационаре и продолжают в женской консультации.

Прежде всего во время операции учитывают рациональную схему направления разрезов, соответствующую ходу кровеносных сосудов, мышечных волокон, нервных стволов для уменьшения кровопотери и улучшения репарации.

Основной целью восстановительного лечения является ликвидация воспалительных процессов в малом тазу после операции, уменьшение риска различных вегетативно-невротических расстройств, атеросклероза, дисгормональных заболеваний гормоно-зависимых органов, соматических заболеваний, ликвидация бесплодия.

Ведение послеоперационного периода после миомэктомии представлено в таблице.

Таблица

Ведение послеоперационного периода после миомэктомии

Цель	Средства реабилитации
Профилактика воспалительных осложнений	Антибактериальная терапия, АФГ
Улучшение микроциркуляции в оперированной матке	Декстраны, атникоагулянты
Восстановление проходимости маточных труб, профилактика спаечного процесса в трубах при сочетании миомы с бесплодием	Гидротубации с 4–5 дня, ферменты
Нормализация функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы	Бальнеотерапия (радоновые, жемчужные, йодобромные ванны)
Коррекция гормональных сдвигов при миоме	Диета белковая, гармонотерапия

Выделяют три этапа реабилитации при миоме матки после оперативного лечения. Первый этап продолжается 3–6 месяцев после миомэктомии. Коррекция послеоперационных осложнений, воспалительных процессов в малом тазу достигается назначением антибактериальной терапии, антикоагулянтами, ферментами. Пациентам назначают физиотерапевтические методы лечения: электрофорез Zn, Cu, Mg, ультразвук на низ живота (10 процедур), ДДТ ежедневно (15–20 процедур) для ускорения сокращения матки, низкочастотная магнитотерапия на область раны по 20 минут ежеднев-

но (10–15 процедур), бром-электрофорез «воротниковой зоны» по методике Щербака ежедневно или через день (12 процедур), ультрафонофорез гидрокортизона на низ живота ежедневно (10–15 процедур), вибромассаж. Таким больным показана гормонотерапия (при миомэктомии) — гестагены (прогестерон, 17–ОПК, дюфастон, норколут и др.).

Продолжительность второго этапа составляет 7–12 месяцев после миомэктомии. Цель — лечение вегетативно-невротического синдрома, обменно-эндокринных нарушений, коррекция генитальных и экстрагенитальных заболеваний. Для этого используют малые нейролептики, транквилизаторы, витаминотерапию, водолечение, ЛФК, АТФ. Диета должна быть сбалансированной, богатой белками и витаминами. Пациенты получают нежирные сорта мяса, рыбы, кисломолочные продукты, крупы: овсяная, гречневая, овощи, фрукты, соки, минеральные воды. Обязательным является ограничение мучного, сладкого, соленого, жареного, специй.

Третий этап продолжается 13–24 месяца после оперативного лечения миомы. Целью его является коррекция нарушений обмена веществ. Средства реабилитации представлены сбалансированной диетой, витаминотерапией, ЛФК, а также водолечением.

11. Медицинская реабилитация при мастопатии

Несмотря на то, что история лечения мастопатии насчитывает более 100 лет, до сегодняшнего дня не существует единой точки зрения на методы терапии этого заболевания. Еще не создана единая модель патогенетической терапии, позволяющая дать рекомендации практическому врачу по выбору рациональных медикаментозных комплексов. Несомненно, лечение больных мастопатией должно быть комплексным, этапным, длительным и дифференцированным, с учетом гормональных, метаболических особенностей больной, сопутствующих заболеваний. Лечение должно быть направлено на причины, приведшие к развитию мастопатии.

Это заболевание характеризуется спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительно-тканного компонентов. Целью лечения и МР является устранение вышеперечисленных нарушений.

Лечение мастопатии разделяют на консервативное (осуществляют гинеколог и маммолог) и хирургическое (проводит маммолог). Показаниями к консервативному лечению является диффузная мастопатия, кистозная мастопатия с отсутствием пролиферации при аспирационной биопсии, смешанные формы мастопатии.

Развитие мастопатии часто происходит на фоне хронических воспалительных процессов в половых органах и сопровождается функциональными расстройствами нервной системы. Поэтому следует выявить фон, на котором развилось заболевание, и проводить соответствующее лечение обнаруженных заболеваний гениталий, печени, функциональных расстройств нервной

системы, укреплять общее состояние. В ряде случаев проведения этих мероприятий достаточно для исчезновения симптомов диффузной мастопатии.

При начальных стадиях мастопатии (типа масталгии) под наблюдением опытного онколога допустимо применение легких физиотерапевтических процедур: электрофореза йодида калия или новокаина, ретромаммарной новокаиновой блокады. В этих случаях больным следует дать советы о необходимости нормализовать половую жизнь, родить ребенка и кормить грудью не менее года. Однако эти лечебные мероприятия могут назначать лишь специалисты с большим личным опытом. При далеко зашедших стадиях диффузной мастопатии и в тех случаях, когда перечисленные мероприятия не оказывают терапевтического эффекта, рекомендуется проведение лекарственной или гормональной терапии.

Лечение витаминами проводится с целью улучшения функции печени, принимающей участие в инаktivации избытка эстрогенов, который может наблюдаться при мастопатии. Рекомендуется применение витаминов А, В₁ и Е в виде стандартных препаратов внутрь или в инъекциях в течение 1–2 месяцев, иногда повторно.

Лечение микродозами йодида калия направлено на нормализацию лютеиновой функции яичников, нередко сниженную при мастопатии в связи с наличием персистирующих фолликулов, фолликулярных кист яичников и ановуляторных циклов. Назначают 0,25%-ный раствор йодида калия внутрь по 1–2 чайных ложки 1 раз в день, длительно (до одного года). В случае рецидива заболевания после отмены препарата лечение повторяют.

Отмечено, что положительный терапевтический эффект с применением традиционных методов лечения диффузной мастопатии йодистым калием, комплексом витаминов А, В₁, В₆, С, препаратами андрогенового ряда не превышает 50%. Использование в комплексной терапии синтетических прогестинов позволяет повысить терапевтический эффект до 80%.

В последние годы при мастопатии и предменструальном синдроме с успехом применяется фитотерапевтический препарат мастодион. Основным действующим компонентом мастодиона является прутняк (*Agnus castus*). Действуя на лактотропные клетки гипофиза он подавляет избыточную секрецию пролактина (спонтанную и индуцированную), что приводит к обратному развитию патологических процессов в молочных железах, купирует болевой синдром, устраняет дисбаланс между эстрогенами и прогестероном и восстанавливает менструальную функцию. Таким образом, мастодион корректирует состояние молочных желез напрямую и опосредованно через регуляцию стероидогенеза в яичниках. При приеме препарата женщины отмечают улучшение самочувствия, эмоционального состояния и исчезновение дискомфорта в молочных железах. Мастодион назначают при мастопатии и нарушениях менструального цикла по 30 капель утром и вечером вне зависимости от менструального цикла без перерыва не менее 3 месяцев. Через 3 месяца можно сделать перерыв в лечении. Длительность приема препарата не ограничена.

В консервативном лечении мастопатии используется новокаино-кислородная терапия. Она может давать положительный эффект даже при грубых морфологических изменениях. Принцип этой терапии заключается в том, что кислород, вводимый в молочную железу, перемещаясь в тканях, действует на ее элементы как своеобразный массаж, а новокаин хорошо влияет на сосуды и молочные протоки.

Гормональные методы лечения. При изучении гормонального статуса выявлено, что концентрация эстрадиола возрастает параллельно увеличению степени дисплазии, в противовес этому уровень прогестерона, основного антагониста эстрогенов, угнетающего пролиферативно-диспластические процессы, неуклонно снижается по мере увеличения степени дисплазии эпителия: при непролиферативной мастопатии его уровень в 2 раза выше, чем у больных раком молочной железы. Концентрация пролактина возрастает параллельно возрастанию дисплазии эпителия. Отмечено некоторое нарастание кортизола при увеличении степени дисплазии.

Отмечена высокая эффективность антиэстрогенов (тамоксифен) в предменопаузальном (82%) и менопаузальном (83%) периодах. Кроме того, и в более молодом возрасте антиэстрогены весьма эффективно подавляют диспластические процессы в молочных железах.

Хороший эффект от лечения антипролактиновыми препаратами (бромокриптин и др.) отмечен в возрастных группах 28–34 и 35–47 лет. Препараты этой группы наиболее эффективны у больных с наличием кистозной мастопатии и пролиферацией эпителия, а также при поликистозе молочных желез и обильных выделениях из эктазированных протоков. Хорошие результаты у больных с активной менструальной функцией в возрасте от 28 до 48 лет говорят о целесообразности назначения этих препаратов данной категории больных. Действие антипролактиновых препаратов ослабевает у больных в предменопаузе и менопаузе. Это два взаимозаменяемых препарата, ни в коем случае нельзя применять их вместе.

Выделяют следующие медикаментозные комплексы, применяемые при фармакотерапии мастопатии у определенных групп больных:

- без выраженных нарушений менструального цикла и сопутствующих заболеваний назначаются седативные средства, адаптогены, витамины;
- при предменструальном синдроме — седативные средства, адаптогены, витамины в сочетании с дегидратационной терапией;
- при нервно-психических расстройствах — седативные средства, адаптогены, витамины и нейролептики, а также транквилизаторы, психотерапия, аутотренинг;
- при гиперэстрогении и недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) — гестагены, андрогены, антиэстрогены;
- при гипозэстрогении и НЛФ — гестагены;
- при сопутствующем хроническом аднексите без выраженных нарушений менструального цикла — лечение гинекологической патологии;

- при хроническом аднексите и гиперэстрогении — лечение хронического аднексита с назначением препаратов йода;
- при кистозной дегенерации яичников — антиэстрогены и препараты йода;
- при патологии печени и желчных путей — гепатопротекторы, гепатотропные вещества, холецистокинетики, желчегонные и антиинфекционные средства;
- при выявлении патологии щитовидной железы — коррекция выявленных нарушений.

Таким образом, фармакотерапия включает в себя:

- седативные средства (валериана, пустырник, микстура Кватера и др.) 1–2 месяца;
- витаминотерапию по схеме в течение 2–3 месяца (В₁, В₆, А, Е, С, РР);
- при гиперпролактинемии — парлодел (бромкриптин по 1 таблетке в течение 2–3 месяцев);
- психотерапию (должна быть направлена на личность больной и дополняться обязательно седативной терапией; по показаниям курсы повторяют);
- адаптогены (элеутерококк, лимонник, левзея) в течение 1,5–2 месяца, через 2–6 месяцев курс повторяют;
- микродозы йода (после консультации эндокринолога) и гиперэстрогении;
- гормональная терапия с учетом возраста, типа мастопатии, сопутствующих заболеваний: молодым женщинам и в периоде пременопаузы — гестагены; в возрасте старше 45–50 лет — андрогены, тамоксифен, зитозониум; парлодел назначается при выраженной мастопатии и наличии отделяемого из нее; комбинированные оральные контрацептивы для лечения мастопатии в настоящее время не применяются;
- симптоматическое лечение: при масталгии — ингибиторы простагландинов (индометацин); антагонисты альдостерона (верошпирон во вторую фазу цикла); антиоксиданты (витамины С, Е);
- лечение сопутствующей патологии (аднексита, фолликулярных кист яичников, эндометриоза, миомы матки, заболеваний щитовидной железы, печени, желчной системы, надпочечников);

Немедикаментозное лечение мастопатии: иглорефлексотерапия (курсами), фитотерапия, АФТ в зависимости от сопутствующего заболевания, аэротерапия, гидротерапия, бальнеотерапия.

В онкогенезе мастопатии большое значение придается диетическим факторам. Характер питания и диета оказывают влияние на метаболизм стероидных гормонов. Установлено, что диета, содержащая значительное количество жира и мясных продуктов, приводит к снижению содержания в плазме крови андрогенов и повышению уровня эстрогенов, кроме того, повышается выработка канцерогенных веществ.

На основании указаний Комитета по диете, питанию и борьбе с раком Национальной академии наук США предлагаются следующие рекомендации:

- снизить потребление насыщенных и ненасыщенных жиров;
- включить в диету фрукты, овощи, продукты злаков, особенно плоды цитрусовых и богатые каротином овощи, семейства капустных;
- свести до минимума потребление консервированных, соленых и копченых продуктов.

Таким образом, комплекс лечебных мероприятий при диффузной мастопатии должен быть направлен, прежде всего, на устранение нейрогормонального дисбаланса в организме и лечение сопутствующих заболеваний.

К общим рекомендациям больных мастопатией относится исключение из рациона кофе, чая, шоколада; нельзя курить, загорать, принимать физиопроцедуры на грудную клетку и радоновые ванны, нежелательны аборты, целесообразна открытая половая жизнь, введение ВМС, наступление беременности.

12. Медицинская реабилитация при климактерическом синдроме

Возрастной переход, знаменующий переход от репродуктивной стадии жизни к нерепродуктивной, обозначается терминами «климакс», «климактерический период» или «климактерий». Выделяют две основные фазы климактерия — пременопауза и постменопауза. В пременопаузе изменяются интервалы между менструациями, длительность менструальных периодов и количество теряемой крови. Продолжительность пременопаузы варьируется от 2 до 6 лет. Постменопауза включает время от последней менструации до прекращения функции яичников. По определению отечественных гинекологов-эндокринологов климактерический синдром (КС) представляет собой симптомокомплекс, характеризующийся вегетативно-сосудистыми, нейропсихическими и обменно-эндокринными нарушениями.

Зарубежные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что патология климактерического периода встречается у 75–80% женщин, однако лишь 10–15% из них обращаются за медицинской помощью. Патологический климактерий является преимущественно следствием дефицита эстрогенов. Характерным для КС будут жалобы и явления, которые в первую очередь отражают этот дефицит.

Большинство специалистов придерживаются определенной классификации основных нарушений, возникающих вследствие дефицита эстрогенов. Все расстройства разделены на три группы. К первой группе относят острые нейроэндокринные проявления: приливы жара, потливость, нарушение сна, а также сопровождающие их колебания настроения, тревога, раздражительность, ухудшение памяти и концентрации внимания. Вторую группу составляют промежуточные уrogenитальные состояния — атрофия гениталий, уменьшение полового влечения, уретральный синдром. Третью группу представляют хронические заболевания — коронарная болезнь, тромбоз, остеопороз.

Острые симптомы могут возникать как в пременопаузе, так и после менопаузы. Психические нарушения сопутствуют им или идут параллельно. Промежуточные симптомы развиваются после менопаузы, обычно в первые 3–6 лет, вследствие атрофии влагалища и уретры и приводят в итоге к сексуальным нарушениям и уретральному синдрому. Хронические расстройства (остеопороз и атеросклероз) являются следствием метаболических изменений в костной ткани и нарушения обмена липидов. Все эти процессы развиваются значительно быстрее и раньше у женщин с выраженным дефицитом эстрогенов и ранним климаксом.

Лечение больных с КС. При решении вопроса о выборе метода лечения больных с КС важно учитывать особенности его патогенеза и клиники. Необходимо определить клиническую форму, тяжесть, длительность заболевания с учетом возраста больной, фазы климактерия, наличия экстрагенитальных заболеваний, времени их возникновения и особенности течения применительно к КС. Важно установить характер, длительность, эффективность предшествующей терапии, наличие аллергии и лекарственной болезни.

Целесообразно выделение определенных этапов в лечении больных с КС. Эти этапы включают применение немедикаментозной терапии (I), негормональной (II) и гормональной терапии (III). Выделение этапов условно, так как при тяжелых формах КС нередко необходимо использовать все виды лечения.

Ввиду того, что при легких типичных формах КС приблизительно у трети больных в течение года исчезают патологические симптомы, не следует начинать лечение с назначения медикаментозной терапии. В первую очередь необходимо внимательно выслушать жалобы этих больных, объяснить сущность происходящих в организме изменений и рекомендовать режим труда, отдыха, рациональное питание и аутотренировку.

Первый этап лечения включает обязательное проведение утренней гимнастики (15–20 мин), лечебную гимнастику в группах здоровья — 2–3 раза в неделю по 30–45 мин, общий массаж, прогулки перед сном. В рационе питания должны преобладать овощи и фрукты, следует отдавать предпочтение жирам растительного происхождения, ограничивать углеводы.

При легкой форме КС целесообразно использование гидротерапии в домашних условиях (обливание, обмывание, дождевой душ и ванны — хвойные, шалфейные, контрастные ножные).

При лечении КС широко используется бальнеотерапия, включающая использование минеральных и радоновых вод — естественных и имитирующих соответствующие природные факторы. Санаторно-курортное лечение предпочтительно проводить в привычной климатической зоне или на Южном берегу Крыма (не в жаркое время года). При типичной форме КС (легкой форме и средней тяжести) довольно эффективными являются жемчужные, кислородные, пенные и азотные ванны, а у больных с мио-

мой матки, эндометриозом, мастопатией, тиреотоксикозом — радоновые или йодобромные ванны.

Широко используются искусственные (преформированные) факторы. Довольно эффективной является анодическая гальванизация головного мозга, от 10 до 20 сеансов. Выбор I и II режима зависит от тяжести КС, чем тяжелее клинические его проявления, тем меньшая сила тока должна применяться. Эффективна также гальванизация шейно-лицевой области или электрофорез новокаина в область верхних шейных симпатических ганглиев. Каждую из этих процедур сочетают с классическим ручным массажем воротниковой области.

Высокоэффективным методом является центральная электроанальгезия с использованием фронто-мастоидального расположения электродов. Длительность процедуры 40–50 мин. При легкой форме КС рекомендуется 7–8 процедур, при тяжелой и средней тяжести — 10–12 процедур. Обычно уменьшение патологических симптомов и нормализация исходно повышенного артериального давления отмечается после 4–5 процедур. У 60% больных отмечается «обострение» КС после 5–6 процедур. В таких случаях лечение не отменяется, а назначается перерыв в лечении на 1–2 дня. При тяжелой форме КС патологические симптомы уменьшаются после 10–12 процедур на 50%, а при КС средней тяжести — на 80%.

При цисталгии наиболее рациональным методом является воздействие на нервно-мышечные структуры мочевого пузыря СМТ с помощью специального влагалищного электрода.

Для лечения КС используется иглорефлексотерапия как самостоятельный метод, так и в сочетании с другими методами лечения. Более стойкий терапевтический эффект у больных с КС отмечается при сочетании иглорефлексотерапии с локальным сегментарным введением димедрола и анальгина в точки акупунктуры или с некоторыми бальнеофизиофакторами.

Применяется *фитотерапия*. Наиболее часто используют следующие сборы:

- *Сбор 1.* Цветки календулы — 2 г, трава фиалки трехцветной — 2 г, кора крушины — 3 г, цветок бузины черной — 3 г, корень солодки — 3 г; 4 столовые ложки смеси заливают 1 л кипятка и настаивают 30 мин. Принимают по 200 мл глотками утром и вечером.

- *Сбор 2.* Трава чистотела — 1 г, трава тысячелистника — 1 г, цветки ромашки — 1 г, трава лапчатки гусиной — 1 г; 1 столовую ложку смеси заливают 400 мл кипятка. Принимают по 200 мл настоя 2 раза в день.

- *Сбор 3.* Трава мяты перечной — 1 г, трава полыни — 1 г, плод фенхеля — 2 г, кора крушины — 3 г; 1 столовую ложку смеси заливают 200 мл кипятка и настаивают 20 мин. Принимают по 200 мл утром и вечером.

- *Сбор 4.* Цветок боярышника — 4 г, трава зверобоя — 2 г, цветки календулы — 2 г, кора крушины — 4 г, трава пустырника — 5 г, цветки ро-

машки— 2 г, трава сушеницы— 3 г, трава тысячелистника— 1 г, трава шалфея— 2 г, плод шиповника— 3 г, соплодия хмеля— 1 г, плод фенхеля— 1 г; 2 столовые ложки смеси заливают 1 л кипятка, кипятят в течение 1 мин, настаивают 20 мин, процеживают. Принимают по 50–100 мл 3 раза в день курсами по 2 месяца с 10-дневными интервалами.

• *Сбор 5.* Корень валерианы— 3 г, трава мяты перечной— 3 г, цветки ромашки— 4 г; 2 столовые ложки смеси заливают 400 мл кипятка, кипятят 3 мин. Принимают по 200 мл отвара 2 раза в день.

Второй этап — негормональная фармакотерапия. Цель — нормализация функционального состояния ЦНС и вегетативной нервной системы (ВНС). Проводят дифференцированно, с учетом преобладания тех или иных отделов вегетативной нервной системы.

1. *Функциональное преобладание симпатико-адреналового (эрготропного) отдела ВНС.* Показаны симпатолитики: центральный адренолитик резерпин (0,025–0,05 мг 1–2 раза в день), β -адреноблокатор анаприлин (5–10 мг 2–3 раза в день), стугерон (циннаризин) — 12,5–25 мг 2–3 раза в день. При артериальной гипертензии применяют α -адреноблокатор клофелин (0,075 мг 2–3 раза в день), метилдофа (допегит) — по 0,125–0,25–0,5 г 2–3 раза в день и др.

2. *Преобладание вагоинсулярного (трофотропного) отдела ВНС.* Показаны средства, обладающие холинолитической активностью: препараты красавки (настойка по 5–10 капель в день или свечи по 0,015 г 1–2 раза ректально); антигистаминные препараты (тавегил назначают по 0,5–1 мг 2–3 раза в день или супрастин — по 12,5–25 мг 2–3 раза в день, или перитол пл 12 мг/сут., фенкарол — 25–50 мг 3–4 раза в день); витамины В₁, В₆ по 15 инъекций на курс внутримышечно; Е — по 35–100 мг/сут.; АТФ — по 1 мл внутримышечно в течение 1 месяца; другие вещества: глюконат кальция, аскорбиновая кислота, метионин. При поливалентной аллергии (поллинозе) показана центральная электроанализация — 10–12 сеансов. При психоэмоциональном напряжении применяют в зависимости от симптоматики вышеописанные препараты седативного действия. Предпочтение отдают малым транквилизаторам, малым и большим нейролептикам. Лечение обязательно проводят на фоне психотропных стимуляторов (ноотропил или пирацетам 1,2–2,4 г/сут, в 3–4 приема; пикамилон — 0,06–0,15–0,3 г/сут в течение 1–1,5 мес; церебролизин — по 1–2 мл вводят внутримышечно через 2–3 дня, всего 20–40 инъекций; аминалон (гаммалон) используют по 0,5–2,0 г/сут; от 2 нед до 4 мес).

3. *Дисфункциональные нарушения обоих отделов ВНС.* У данного контингента больных наиболее показаны беллатаминал, белласпон, беллоид; вышеописанные группы препаратов принимают с учетом симптомов, преобладающих в клинике заболевания; при гиперпролактиновой форме КС назначают парлодел по 2,5 мг/сут, в течение 3 недель с 10–12-дневными перерывами.

Третий этап — гормональная терапия. Показания — отсутствие полного эффекта от проведенного негормонального лечения. Гормональная

терапия при КС должна быть направлена на восстановление возрастного гормонального гомеостаза. Преследуются при этом следующие задачи: нормализация в соответствии с возрастом функции системы репродукции; улучшение деятельности функциональных систем, сопряженно связанных с влиянием на них половых гормонов.

Основные требования к гормональному лечению КС:

- патогенетическая обоснованность его проведения с учетом формы и фазы климактерия и особенностей клинического течения;
- тщательный дифференцированный диагноз;
- строгий учет преморбидного фона, возраста больной, функционального состояния системы репродукции, ее реакции на осуществляемую терапию, показаний и противопоказаний группы и каждого препарата, дозы и виды выбранного препарата, длительности проведения гормонального лечения;
- максимальная онкологическая настороженность.

Для воздействия на вазомоторные симптомы, и прежде всего на приливы жара, широко применяют гормональную заместительную терапию. Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в настоящее время назначается гинекологами с целью избавления от приливов и для профилактики остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Благоприятное действие на симптомы менопаузы оказывают прежде всего эстрогены, особенно натуральные (эстриол, эстрадин, премарин). Они помогают избавиться от приливов и потливости, зуда, сухости и атрофии влагалища, эффективны при расстройствах мочевой системы (например, при недержании мочи), оказывают благоприятное воздействие на метаболические процессы в коже, способствуют ее утолщению, повышают тургор и разглаживают морщины, регулируют уровень холестерина в крови, предотвращают его отложение на стенках артерий, тем самым снижая риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Назначение гормональных средств тем женщинам, у которых нет симптомов климактерия и факторов риска по остеопорозу и сосудистым заболеваниям, всегда остается спорным вследствие наличия определенных противопоказаний к гормональной терапии, а также из-за ее побочных эффектов. Абсолютными противопоказаниями к назначению гормональной терапии являются инфаркт миокарда, инсульты, тромбофлебит, варикозное расширение вен, острые заболевания печени и почек, легочная недостаточность, серповидно-клеточная анемия и рак молочной железы в анамнезе. Относительными противопоказаниями являются: миома матки, эндометриоз, мастопатия, диабет, мигрень, эпилепсия, туберкулез, высокое артериальное давление.

При назначении гормональных средств требуется индивидуальный подход с учетом не только соматического, но и психического состояния, а также всех имеющихся показаний и противопоказаний, ожидаемых ослож-

нений и побочных эффектов. Это лишь вспомогательный метод лечения климактерических расстройств, тем более, что многие негормональные факторы — в первую очередь, полноценное питание, физическая культура, режим труда и отдыха — также хорошо влияют на самочувствие, костный метаболизм и сердечно-сосудистую систему. Кроме того, социальные и психологические проблемы пациенток не могут быть решены с помощью гормонов. В этих случаях необходимо использовать другие методы и средства, в частности, различные методы психотерапии, адаптации и реабилитации, а также психофармакотерапию.

Особенность лечения женщин с климактерическими расстройствами заключается в необходимости коррекции вегетативно-сосудистых проявлений, прежде всего приливов. С этой целью показано назначение препаратов, обладающих вегетативно-стабилизирующим действием, например, небольших доз нейролептиков, беллоида, белласпона, микстуры Кватера, препаратов никотиновой кислоты.

Помимо приливов и других вазомоторных симптомов, необходимо купировать и психопатологические расстройства. Анализ использования психотропных препаратов разных групп показал, что наиболее эффективными для лечения психических нарушений в рамках климактерического синдрома оказались транквилизаторы (со всеми составляющими их действия), финлипсин (тегретол), этаперазин, сонапакс, пиразидол, ноотропил. Помимо психотропных препаратов, можно применять настои трав (валерианы, пустырника), микстуру Кватера.

Важным моментом лечения является психотерапия. Прежде всего, это разъяснительная (рациональная) психотерапия, которая заключается в том, чтобы рассказать пациентке о сущности заболевания, его причинах и возможных путях оздоровления.

Важно объяснить, что КС — явление временное, преходящее, обусловленное возрастной гормональной перестройкой. Для того, чтобы этот процесс протекал менее болезненно, следует применить определенные терапевтические меры. Благополучная атмосфера в семье имеет важное (а иногда и определяющее) значение для эффективного лечения и социальной адаптации. Для устранения недопонимания и разрешения конфликтных ситуаций, влияющих на возникновение психических нарушений в климактерии, целесообразна семейная психотерапия с разъяснением ряда моментов мужу и детям. В зависимости от имеющихся психических нарушений и механизма их формирования во время лечения можно использовать и другие психотерапевтические методики: внутренние (в том числе гипноз), аутогенную тренировку, психоанализ.

ЛФК является одним из методов профилактики и лечения КС. Влияние ЛФК на эндокринную систему заключается в поддержании высокой функциональной активности желез внутренней секреции и изменении чувстви-

тельности органов-мишеней к гормонам. Наибольшей эффективностью обладают аэробные упражнения (ходьба, плавание, бег и др.). При продолжительном выполнении аэробных упражнений снижается возбудимость центральной нервной системы, увеличивается выделение эндорфинов. Как правило, снижается симпатическое влияние на сердечно-сосудистую систему и преобладает тонус парасимпатической нервной системы. Массаж оказывает нормализующее влияние на ЦНС, гуморальную регуляцию, центральные и периферические звенья кровообращения и другие функциональные системы. Используется массаж воротниковой зоны с исключением техники прерывистой вибрации.

Физиотерапия представляет важное направление в лечении КС. Принимая во внимание тот факт, что КС является следствием нарушения механизмов адаптации с вовлечением в процесс как центральных звеньев нейроэндокринной системы (гипоталамус, аденогипофиз), так и периферических (кора надпочечников, щитовидная железа и т.д.), необходимо проводить комплексную терапию, направленную на урегулирование нейромедиаторных функций. Основная задача физиотерапии заключается в воздействии на центральные звенья регуляции.

Трансцеребральные воздействия являются высокоэффективными методами терапии, благотворно влияющими как на вегетативные нарушения, так и на психоэмоциональные расстройства. Это электросон, центральная электроанальгезия, трансцеребральное применение синусоидальных модулированных токов.

При электросне наибольшему влиянию импульсного тока подвергается подкорково-стволовые образования, расположенные вблизи основания мозга, а именно таламус, гипоталамус, гипофиз, ретикулярная формация ствола мозга, лимбическая система. В результате значительно изменяется их функциональное состояние, улучшается вегетативное обеспечение различных функций организма. Седативный эффект наиболее выражен при применении прямоугольных токов частотой 10 Гц. В основе этого эффекта лежит улучшение функционального состояния ЦНС, корково-подкорковых взаимоотношений.

При трансцеребральном воздействии импульсными токами осуществляется перестройка центральной и вегетативной регуляции, сердечно-сосудистой системы, обеспечивающая снижение потребности сердечной мышцы в кислороде. На гемодинамических особенностях базируется формирование гипотензивного эффекта при электросне. При воздействии на ЦНС, в основном за счет непосредственного влияния на высшие эндокринные центры, импульсные токи могут существенно изменять гормональный и иммунный статус больных. Выраженная стимуляция функций гипофиза сопровождается выделением АКТГ и увеличением синтеза стероидных и других гормонов. Указанные эффекты являются наиболее выраженными

при применении частот 80–100 Гц. Кроме того, доказаны детоксикационный и регенерационный эффекты электросна, что обосновывает его применение при различных токсических и повреждающих процессах.

В последние годы, наряду с использованием прямоугольных импульсных токов, широко используются токи других параметров, в частности, синусоидальные модулированные токи (СМТ).

Действие СМТ на мозговые образования и церебральные сосуды более выражено, чем при прямоугольных токах, а рефлекторный компонент выражен слабее, что и определяет их различия в физиологических эффектах. Наиболее выражены при СМТ-терапии гемодинамические эффекты, которые проявляются в коррекции показателей как центральной, так и регионарной (мозговой и почечной) гемодинамики независимо от исходных нарушений.

Комплексная оценка результатов исследований позволила разработать дифференцированные показания к использованию того или иного вида токов в методе электросна: импульсный прямоугольный ток более эффективен у больных артериальной гипертензией I стадии, КС с преобладанием невротического компонента. Применение же кругового тока показано больным артериальной гипертензией II стадии, КС с преобладанием вегетативного компонента.

В последнее время пристальное внимание привлекает терапия интерференционными токами. Механизм физиологического действия интерференционных токов хотя и близок к действию прямоугольных импульсных токов, но отличается тем, что применение более высокого диапазона частот способствует практически беспрепятственному их прохождению через кожный барьер. Наиболее выражены при интерференцтерапии следующие физиологические эффекты: антиаритмический, липотропный, гормоно- и иммунокорректирующий, гемодинамический и анальгетический.

К числу методов, нормализующих функциональное состояние гипоталамогипофизарной системы, относится терапия электрическим полем (ЭП) УВЧ, применяемая по битемпоральной методике. Воздействие ЭП УВЧ вызывает иммуномодулирующий эффект, оказывает гиполипидемическое действие, способствует снижению содержания фибриногена и увеличению фибринолитической активности крови.

При воздействии постоянным ЭП УВЧ отмечается выраженный транквилизирующий, антидепрессивный эффект. Курс УВЧ-терапии способствует коррекции психоэмоциональных нарушений, вызывает уменьшение вегетативной лабильности, обладает мягким психостимулирующим воздействием. Для лечения климактерической миокардиодистрофии используется ЭП УВЧ в постоянном режиме мощностью 5 Вт или в импульсном режиме мощностью 7,5 Вт по битемпоральной методике. Процедуры проводятся ежедневно по 10 мин, на курс назначается 15 процедур.

Лечебный эффект наступает при нормализации гормонального статуса больных: коррекция соотношения лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, снижение повышенного уровня тиреостимулирующего гормона и трийодтиронина. Наиболее отчетливая динамика установлена в фазе пременопаузы. Лечебный эффект сохраняется в течение 6 месяцев, в дальнейшем требуются повторные курсы терапии.

Клиника КС обусловлена повышенной возбудимостью гипоталамических структур и повышенным образованием гонадотропных гормонов. Приливы жара являются пароксизмальными вегетативными симпато-парасимпатическими проявлениями, которые сопровождаются центральной гипертермией и спастическими состояниями в капиллярах.

Для коррекции вегетативных проявлений используется гальванизация шейно-лицевой области по методике Келлата. Это воздействие следует проводить больным с симптоматическим повышением внутриглазного давления и женщинам с признаками спазма мозговых сосудов. Electroды, напоминающие букву «V» (площадь каждого — 150 см²), располагают на боковых поверхностях шеи и лица вокруг ушной раковины. Полярность Electroдов чередуют через день. Согласно многолетнему опыту, величина тока должна быть меньше рекомендуемой Келлатом. Следует начинать с 0,5 мА, постепенно повышая величину тока до 1 мА. Продолжительность процедур, в отличие от названной Келлатом, можно увеличить до 15 мин. Процедуры проводят ежедневно, на курс 12–15 воздействий.

При болезнях костно-мышечной, центральной и периферической нервной, сердечно-сосудистой систем, легкой форме тиреотоксикоза предпочтительнее радоновые ванны с концентрацией радона в воде 80 нКи/л, а при заболеваниях системы кровообращения преимущественно атеросклеротического характера, неврозах и гиперстенической форме неврастении — йодобромные ванны. Лечебно-восстановительное действие этих факторов обусловлено главным образом положительным вазотропным и седативным эффектом. Радонотерапия эффективно уменьшает или купирует боль, что ведет к улучшению психоэмоционального статуса. Женщинам климактерического возраста присуща значительная метеочувствительность. Таких больных следует отправлять на курорт, расположенный в одной климатической зоне с местом жительства или в местный санаторий в теплое время года.

В домашних условиях, под контролем врача 1 раз в месяц, могут быть использованы гидротермотерапевтические процедуры — обливание, обмывание, душ, шалфейные или хвойные ванны. По преобладанию клинической симптоматики условно выделяют 2 группы женщин. К 1-й группе относят больных с преобладанием вегетативно-сосудистых нарушений, ко 2-й — больных с преобладанием эмоционально-невротических расстройств.

При преобладании вегетативно-сосудистых нарушений целесообразно использование, прежде всего, аэротерапии и гидротерапевтических процедур. Высокореzультативна гальванизация шейно-лицевой области. Значительный клинический эффект оказывает трансорбитальная анодическая гальванизация головного мозга по методике Бургиньона. В начальной стадии желательна двухэтапная физиотерапия — дарсонвализация воротниковой зоны (2–3 курса с 2–3-месячными перерывами) и последующий электрофорез магния на эту область. Возможна также бальнеотерапия.

У женщин, страдающих артериальной гипертензией (не тяжелее II стадии) эффективны воздействия некоторыми преформированными физическими факторами, применяемыми поэтапно: первый этап — гальванизация шейно-лицевой области или электрофорез новокаина в область верхних шейных симпатических ганглиев; каждую из этих процедур сочетают с классическим ручным массажем воротниковой зоны. На втором этапе назначают общий электрофорез магния (методика Вермеля).

При КС средней степени тяжести, когда у больных бывает до 20 приливов жара в течении суток и наблюдаются многообразные признаки вегетативно-сосудистых нарушений, ухудшающих общее состояние женщин и снижающих ее трудоспособность, аэро- и гидротерапия менее эффективны.

Более результативны методики транскраниальной электростимуляции. У больных с преобладанием вегетативного комплекса (приливы от 10 и более в сутки) назначают интерференционные токи по лобной методике продолжительностью до 30 минут. Процедуры проводятся 3–4 раза в неделю, по схеме через день или два дня через день. На курс назначают 10–12 процедур. При невозможности их применения целесообразны трансорбитальная анодическая гальванизация головного мозга по методике Бургиньона или электрофорез новокаина в область верхних шейных симпатических ганглиев. Каждое из этих воздействий желательно сочетать с классическим ручным массажем воротниковой зоны. Хороший и, в большинстве случаев, продолжительный эффект дает лечение в условиях курорта, особенно в санатории.

При тяжелой форме КС вегетативно-сосудистые расстройства резко выражены и приводят к значительной или полной потере трудоспособности больной. Воздействия физиотерапевтическими факторами на патогенетические механизмы заболевания в подобных случаях ограничиваются интерференционной терапией. В качестве симптоматического лечения могут быть применены аэро- и гидротерапия и классический ручной массаж воротниковой зоны.

У женщин с эмоционально-невротическими расстройствами лечения начинают с аэротерапии и указанных выше водолечебных процедур. При бессоннице и тревожном сне целесообразна аэро- или гидроаэриотерапия. В случае необходимости дальнейшего лечения таким больным проводят терапию с помощью центральной электроанальгезии или электросна.

Правильные ответы на вопросы теста:

1 – г; 2 – б; 3 – г; 4 – в; 5 – а; 6 – в; 7 – в; 8 – б; 9 – г; 10 – г; 11 – в; 12 – д; 13 – а, б; 14 – а, б, в; 15 – в, г; 16 – г; 17 – а, б; 18 – б, г; 19 – а, б, в, д; 20 – в, д; 21 – а, в; 22 – а, б; 23 – б, в, г, д; 24 – б; 25 – г; 26 – а; 27 – б; 28 – в; 29 – в; 30 – в; 31 – а, б, в, г; 32 – б; 33 – г; 34 – а, б, в, г; 35 – д; 36 – в; 37 – а; 38 – д.

Литература

Основная литература:

1. **Латышева, В. Я.** Лекции по МР и МСЭ / В.Я. Латышева. — Гомель : 1999. — 68 с.
2. **Малевич, К. И.** Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях / К.И. Малевич, П.С. Русакевич. — Мн. : Выш. шк., 1994. — с. 368.
3. Нетрадиционные методы лечения в акушерстве и гинекологии. — Киев : Здоровье, 1996. — 263 с.
4. **Смычек, В. Б.** Основы реабилитации: курс лекций / В.Б. Смычек. — Мн., 2000. — 132 с.
5. Справочник врача женской консультации / под ред. Г.И. Герасимовича. Мн.: Беларусь, 1983. — 352 с.

Дополнительная литература:

1. **Алексеев, Г. К.** Поликлиника — центральный этап восстановительного лечения / Г.К. Алексеев, В.В. Бродихин // Военно-мед. журнал. — 1995. — № 8. — С. 9–13.
2. **Вальчук, Э. А.** Роль и место медицинской реабилитации в системе медико-социальной помощи / Э.А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 1995. — №1. — С.3–22.
3. **Зборовский, Э. И.** Концепция Государственной научно-технической программы «Предупреждение инвалидности и реабилитация больных и инвалидов» / Э.И. Зборовский // Ахова працы. — 1996. — № 1–2. — С. 13–14.
4. **Кукушкина, Т. Н.** Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность / Т.Н. Кукушкина, Ю.М. Докши, Н.А. Чистякова. — Л. : Медицина, 1981. — 152 с.
5. **Смычек, В. К.** ИПР больных и инвалидов / В.К. Смычек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 1998. — № 6. — С. 45–47.
6. **Смычек, В. К.** К вопросу о новом бланке ИПР больных и инвалидов / В.К. Смычек // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. — Мн., 1996. — С. 60.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
I. Цели курса	4
II. Задачи курса	4
III. Вспомогательные материалы по теме	5
IV. Материалы для контроля за усвоением темы	5
V. Задания для самоподготовки и УИРС	5
Литература для УИРС	6
Тест	6
Основные темы курса	12
1. Организационно-методические принципы реабилитации в акушерст- ве и гинекологии	12
2. МР при остром аднексите	16
3. МР при подостром аднексите	18
4. МР при хроническом аднексите	20
5. МР при бесплодии воспалительного генеза	24
6. МР при генитальном герпесе	26
7. МР женщин, перенесших послеродовые септические заболевания	27
8. МР после внематочной беременности	32
9. МР при эндометриозе	33
10. МР при миоме матки	37
11. МР при мастопатии	41
12. МР при климактерическом синдроме	45
Правильные ответы на вопросы теста	55
Литература	55

Учебное издание

Авторы-составители
Латышева Валентина Яковлевна
Ковальчук Петр Николаевич
Яковец Светлана Михайловна

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ОСНОВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Учебно-методическое пособие
к практическим занятиям по медицинской реабилитации
для субординаторов-гинекологов 6 курса лечебного факультета

Редактор **Рулинская Т.Ф.**
Компьютерная верстка **Цырыкова Ж.И.**

Подписано в печать 11. 12. 2006
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. Л. 3,5. Тираж 50 экз. Заказ № 244

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004