

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

Кафедра неврологии и нейрохирургии
с курсами медицинской реабилитации и психиатрии
Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом факультета повышения квалификации и переподготовки

В. Я. ЛАТЫШЕВА, С. М. ЯКОВЕЦ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ОСНОВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Рекомендовано учебно-методическим объединением
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию
в качестве учебно-методического пособия
для студентов учреждений высшего образования,
обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Гомель
ГомГМУ
2020

УДК 618.1-036.82(072)

ББК 51.1,3+51.1,43я73

Л 27

Рецензенты:

д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой медицинской реабилитации
Гродненского государственного медицинского университета

Л. А. Пирогова;

д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии
Гродненского государственного медицинского университета

Л. В. Гутикова;

к.м.н., доцент,
заведующий отделением физиотерапии и медицинской реабилитации
Республиканского научно-практического центра
радиационной медицины и экологии человека

А. В. Макарчик

Латышева В. Я.

Л 27 Медицинская реабилитация при основных гинекологических заболеваниях: учеб.-метод. пособие / В. Я. Латышева, С. М. Яковец. — Гомель: ГомГМУ, 2020.— 102 с.

ISBN 978-985-588-205-4

В учебно-методическом пособии представлены организационно-методические принципы медицинской реабилитации в акушерстве и гинекологии. Изложены современные подходы и возможности применения лечебных физических факторов при основных гинекологических заболеваниях.

Предназначено для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Утверждено и рекомендовано к изданию учебно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 23 декабря 2019 года, протокол № 2.

УДК 618.1-036.82(072)

ББК 51.1,3+51.1,43я73

ISBN 978-985-588-205-4

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список условных обозначений.....	4
Введение	6
Тема 1. Организационно-методические принципы медицинской реабилитации в акушерстве и гинекологии.....	8
Тема 2. Медицинская реабилитация при остром аднексите	11
Тема 3. Медицинская реабилитация при подостром аднексите	17
Тема 4. Комплексная программа восстановительного лечения при хроническом аднексите	20
Тема 5. Медицинская реабилитация при миоме матки	32
Тема 6. Влияние миомы матки на репродуктивную функцию	42
Тема 7. Медицинская реабилитация при генитальном эндометриозе	45
Тема 8. Медицинская реабилитация при хроническом эндометрите	53
Тема 9. Восстановительное лечение после внематочной беременности	63
Тема 10. Медицинская реабилитация при климактерическом синдроме.....	69
Тема 11. Гирудотерапия в восстановительном лечении гинекологических заболеваний.....	81
Тема 12. Фитотерапия при основных гинекологических заболеваниях ...	85
Приложение 1	91
Приложение 2	92
Приложение 3	93
Тестовый контроль	94
Литература.....	101

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АКТГ	—	адренкортикотропный гормон
АМК	—	аномальные маточные кровотечения
АМГФ	—	альфа-2-микроглобулин фертильности
аГН-РГ	—	агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона
АФС	—	антифосфолипидный синдром
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВПЧ	—	вирус папилломы человека
ВМК	—	внутриматочная контрацепция
ГСЭРФ	—	гепатитсвязывающий эпидермальный фактор роста
ГБО	—	гипербарическая оксигенация
ГНЛ	—	гелий-неоновый лазер
ДДТ	—	диодинамические токи
ДМВ	—	электромагнитные волны дециметрового диапазона
ИКЛ	—	инфракрасный лазер
ИМТ	—	индекс массы тела
И. п.	—	исходное положение
ИР	—	индекс резистентности
ИРТ	—	иглорефлексотерапия
ИРФ	—	инсулиноподобные факторы роста
ИППП	—	инфекции передаваемые половым путем
КОК	—	комбинированные оральные контрацептивы
КВЧ	—	крайневысокочастотные токи
КС	—	климактерический синдром
ЛМТ	—	лазероманнитотерапия
ЛГ	—	лютеинизирующий гормон
ЛФК	—	лечебная физкультура
ЛНГ-ВМС	—	левоноргестрел-внутриматочная система
ММИ	—	модифицированный менопаузальный индекс
МГТ	—	менопаузальная гормонотерапия
МР	—	медицинская реабилитация
МРТ	—	магниторезонансная терапия
ОМА	—	окклюзия маточных артерий
ПМП	—	переменное магнитное поле
ПОНРП	—	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
СВЧ	—	сверхвысокочастотная терапия
СМТ	—	синусоидальные модулированные токи
СМВ	—	электромагнитные волны сантиметрового диапазона
СМРР	—	селективные модуляторы прогестероновых рецепторов
СЭТ	—	системная энзимотерапия

Ст. л.	—	столовая ложка
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
УВЧ	—	высокочастотное магнитное поле
УПА	—	улипристала ацетат
Ч. л.	—	чайная ложка
ЦНС	—	центральная нервная система
ФСГ	—	фолликулостимулирующий гормон
ФТ	—	фитотерапия
ФУЗ-абляция	—	фокусная ультразвуковая абляция
ЭП	—	электрическое поле
ЭМА	—	эмболизация маточных артерий
ЭКО	—	экстракорпоральное оплодотворение
ЭФР	—	эпидермальный фактор роста

ВВЕДЕНИЕ

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия.

Репродуктивное здоровье женщины — потенциал страны, который обеспечивает стабильность демографии и будущее государства, является основной задачей здравоохранения. Реабилитация в акушерстве и гинекологии отражает оказание медицинской помощи с учетом биологических функций женского организма, оздоровительной роли комплекса экологических, социально-гигиенических и общественных факторов. Она является одной из важнейших задач оказания медицинской помощи женщинам.

Рост урбанизации, изменение материальных условий и нравственных устоев в обществе способствуют повышению заболеваемости, в том числе и гинекологической. Возросла частота хронических соматических заболеваний, наследственной и генетической патологии.

Ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости занимают воспалительные процессы. В последние годы отмечены существенные изменения в структуре воспалительных заболеваний: более чем у 80 % пациенток процесс локализуется в придатках матки. Для современного течения воспалительных процессов характерно отсутствие четко выраженной клинической картины, склонность к длительному хроническому течению с частыми обострениями.

К наиболее распространенным доброкачественным заболеваниям у женщин репродуктивного возраста относится миома матки. Методы ее лечения в последние годы пополнились новыми лекарственными средствами и процедурами. Органосохраняющие методы лечения как СМПР, ЭМА или ФУЗ-абляция являются альтернативой для планирующих беременность пациенток.

Эндометриоз генитальный определяется почти у половины женщин детородного возраста, страдающих бесплодием, что также актуально.

Актуальна реабилитация после внематочной беременности, основной причиной которой является хронический аднексит. Последствиями хирургического лечения являются спаечный процесс в малом тазу, приводящий к астенизации пациентки и вторичному бесплодию.

Комплексная МР климактерического синдрома позволяет снизить его вегетососудистые проявления, риск сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, урогенитальных расстройств и улучшить качество жизни женщин в менопаузе.

Среди методов реабилитации гинекологических заболеваний особое место занимают нетрадиционные: фито-, физио- и гирудотерапия. Интерес к этим методам возрастает, учитывая наличие таких побочных эффек-

тов от фармакотерапии, как дисбактериоз, аллергические реакции, лекарственная зависимость, снижение иммунологической реактивности организма. В современных условиях необходимо разумное ограничение медикаментозной нагрузки на организм пациентки, дифференцированный и индивидуальный подход.

Для широкого внедрения в практику физических средств МР необходимо ознакомить акушеров-гинекологов с современными возможностями применения лечебных физических факторов, с основными положениями организации медицинской реабилитации, принятыми в Республике Беларусь.

ТЕМА 1

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ 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 мероприятий, проводимых после окончания обычной терапии. Реабилитационные мероприятия должны включаться в программу оказания медицинской помощи с момента установления диагноза беременности (профилактика невынашивания, гипертензивных расстройств во время беременности, плацентарной недостаточности, внутриутробного инфицирования плода и др.) 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 первичной и вторичной профилактики. *Первичная профилактика* 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 их 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 функций женского организма. Различия носят условный характер и касаются в основном по-

следовательности 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-гигиенических мер воздействия, которыми должны владеть будущие врачи. Для достижения максимального реабилитационного эффекта не менее важно сотрудничество медицинской службы с административными и общественными органами и организациями.

Многоплановые реабилитационные мероприятия делятся на медицинские, профессиональные и социальные.

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

- этиопатогенетическую терапию 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 нарушений;
- физиотерапию, ЛФ, 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 *ранней реабилитации* состоит в предупреждении клинически развитых и осложненных форм акушерско-гинекологической патологии. Она представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на выявление и быстрейшее устранение доклинических и ранних клинических форм патологии беременности (преэклампсии; плацентарной и истмико-цервикальной недостаточности; гипоксии плода и др.), осложнений послеродового периода (послеродовые гнойно-септические заболевания, лактационный мастит), а также острых и подострых форм гинекологических заболеваний.

Поздняя МР акушерско-гинекологических пациентов 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 из них, которые страдают заболеваниями, ведущими к возникновению стойких анатомических и функциональных последствий (гинекологические заболевания воспалительной, эндокринной, опухолевой природы, последствия оперативных вмешательств).

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

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

- совершенствование методов диагностики (в том числе и функциональных), которые должны обеспечить своевременность и полноту распознавания заболевания;

- 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 пациентки, беременной женщины 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 пациентки, 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 пациентов 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 меро-

приятий 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 изменившегося состояния 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 пациентам, как неотъемлемый процесс саногенеза (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.

ТЕМА 2

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ АДНЕКСИТЕ

Инфекционно-воспалительные заболевания половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии с общей частотой встречаемости около 60 %. Актуальность этой проблемы связана с рядом причин.

В первую очередь, это связано с высоким уровнем сексуально-трансмиссивных заболеваний (заболеваний, передающихся половым путем). По данным ВОЗ, на земном шаре каждый шестой житель (около 1 млрд человек) страдает какой-либо из болезней, передающейся половым путем. ИППП, относятся к серьезным и самым распространенным во всем мире заболеваниям, которые могут принести огромный ущерб здоровью пациента. В список ИППП включен 31 возбудитель: 10 видов вирусов, 15 видов бактерий, 1 вид гриба, 3 вида простейших и 2 вида эктопаразитов. К наиболее часто встречающимся ИППП относятся:

- бактериальные инфекции: хламидиоз; гонорея; микоплазмоз; уреаплазмоз; паховая гранулема (донованоз); мягкий шанкр; сифилис; венерическая лимфогранулема и др.;
- вирусные инфекции: ВИЧ; генитальный герпес ВПЧ; гепатит В, цитомегаловирус (герпесвирус человека тип 5); контагиозный моллюск; Саркома Капоши (герпесвирус человека тип 8);
- протозойные инфекции: трихомониаз; амебиаз кожи аногенитальной области;
- грибковая инфекция: кандидоз (молочница);
- паразитарные заболевания: фтириаз и чесотка.

По данным ВОЗ в год гонореей заражаются около 250 млн человек, хламидиями — 90 млн. Хламидиями инфицировано 30–60 % населения. Каждая третья женщина имеет хламидиоз. У 25–50 % женщин с бесплодием выявляется хламидиоз.

Инфекции, передаваемые половым путем у женщин могут стать причиной серьезных осложнений сексуальной, менструальной и детородной функций. Иногда встречаются генерализованные формы. К отдаленным последствиям ИППП относятся воспалительные заболевания органов малого таза; бесплодие; нарушения течения беременности и родов; внутриутробные инфекции плода; развитие пороков у плода и др.

Одной из важных причин острого аднексита является использование ВМК. Применение ВМК увеличивает риск развития возникновения воспаления придатков матки в 3–9 раз. Однако подавлению факторов, усиливающих рост анаэробных бактерий, и снижению риска воспаления в 2–5 раз, способствует присутствие во внутриматочных спиралях меди.

Не вызывает сомнения, что любое внутриматочное вмешательство (прерывание беременности, гистерография, гистероскопия и др.), без предшествующего применения рациональных методов профилактики инфекционных осложнений, приводит к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза.

Одним из факторов риска развития острых заболеваний придатков матки являются и хирургические вмешательства (миомэктомия, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки, кесарево сечение и др.). Односторонняя тубэктомия по поводу трубной беременности, гидро- или пиосальпинкса, может привести к развитию острых заболеваний придатков матки с противоположной стороны и развитию острого процесса в яичнике со стороны тубэктомии.

На возникновение и течение воспалительного процесса в придатках матки оказывает влияние и неблагоприятный преморбидный фон. Среди ведущих факторов из этой группы можно указать синдром хронического стресса, нерациональное питание, нерациональный режим труда и отдыха, хронические соматические заболевания, а также вторичная иммунологическая недостаточность.

Острая стадия воспаления придатков матки подлежит стационарному лечению с созданием условий для физического и психического покоя пациентки. При наличии у женщины психоэмоциональных нарушений показана психотерапия, назначение седативных средств или транквилизаторов.

Применяется также гипоаллергическая, легкоусвояемая диета. В основе ее лежит исключение из рациона бобовых, яичных белков, орехов, шоколада, грибов, лимонада, цитрусовых, кофе и чая. Диета при остром аднексите способствует укреплению иммунитета, улучшению обменных процессов в очаге воспаления, а также мобилизации всех органов и систем на борьбу с болезнью.

Воспалительные заболевания органов малого таза характеризуются полиэтиологичностью. Основными средствами терапии острого аднексита служат антибиотики с учетом чувствительности к препарату.

Используются антибиотики следующих групп:

- пенициллинов (ампициллин, оксациллин, амоксициллин);
- тетрациклинов (доксациклин и тетрациклин);
- фторхинолонов (офлоксацин и др.);
- макролидов (азитромицин, эритромицин, рокситромицин);
- аминогликозидов (канамицин, гентамицин);
- нитроимидазолов (метронидазол);
- линкозамидов (клиндамицин);
- цефалоспоринов (цефалексин, цефтриаксон);
- трициклических гликопептидов (ванкомицин).

Схемы антибиотикотерапии должны обеспечивать элиминацию широкого спектра патогенных микроорганизмов. Наилучший эффект достигается при одновременном применении нескольких антибиотиков из разных групп (по одному препарату из каждой группы).

В антибактериальной терапии острого аднексита предпочтение отдается антибиотикам широкого спектра действия, длительного периода полураспада и выведения (ампициллин — 5 ч, амоксициллин — 8 ч и др.). При тяжелом клиническом течении воспаления придатков, риске развития септических осложнений, смешанной или анаэробной флоре назначаются антибиотики в различных сочетаниях (гентамицин + левомецетин; клиндамицин + хлорамфеникол; линкомицин + клиндамицин; пенициллины + аминогликозиды). Бактерицидное действие на анаэробную флору оказывает также метронидазол (назначается внутривенно или перорально). Антибиотики при сальпингоофорите в начале терапии обычно назначаются внутривенно или внутримышечно. Длительность антибактериальной терапии требует профилактического применения антимикотических препаратов: дифлюкан, нистатин, далацин, леворин и др. Оправдано назначение нитрофуранов (фурадонин, фурамаг, фуразолидон и др.).

Основой комплексной детоксикации является инфузионно-трансфузионная терапия, которая проводится с использованием растворов со сбалансированным ионным составом.

Для снятия симптомов интоксикации назначается внутривенное введение растворов глюкозы, декстрана, водно-солевых растворов (общий объем жидкости до 2,5 л/сут). Как дезинтоксикационное средство для внутривенного введения хорошо зарекомендовал себя *реамберин*, который обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывает положительный эффект на аэробные процессы в клетке, уменьшает продукцию свободных радикалов и восстанавливает энергетический потенциал клеток. Препарат активирует ферментативные процессы цикла Кребса и способствует утилизации жирных кислот и глюкозы клетками, нормализует кислотно-щелочной баланс и газовый состав крови. Назначается по 200–400 мл в/венно капельно 3–5 процедур.

С целью купирования болевого синдрома, а также регуляции активности модуляторов и медиаторов воспаления широко используются препараты из группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств: диклофенак, нимесил, кеторолак, индометацин, вольтарен и др. Препараты данной группы оказывают многообразное влияние на важнейшие патогенетические механизмы воспалительных реакций: снижают интенсивность экссудативных реакций; стабилизируют лизосомальные мембраны; тормозят синтез и инактивируют медиаторы воспаления; тормозят пролиферативную фазу воспаления и, благодаря цитостатическому эффекту, уменьшают поствоспалительный процесс склерообразования.

Патогенетически обосновано использование седативных препаратов, регулирующих функцию ЦНС, усиливающих действие анальгетиков, а также обладающих спазмолитическим эффектом (настойка валерианы, травы пустырника, новопассит, персен и др.). С целью десенсибилизирующей терапии рационально применение глюконата кальция, так как антигистаминные препараты (кларитин, супрастин, тавегил и др.) тормозят фагоцитарную активность лейкоцитов и образование антител.

С целью повышения активности антибактериальных препаратов в очаге воспаления, а также предупреждения образования спаечного процесса в малом тазу и уменьшения рецидивов заболевания в составе комплексной терапии применяют протеолитические ферменты животного (трипсин, химотрипсин), растительного (террилитин) происхождения, а также комплексные препараты (дистрептаза и лонгидаза).

В виде ректальных свечей назначается *дистрептаза*, с учетом ее двух действующих компонентов: стрептокиназы и стрептодорназы. Стрептокиназа относится к фибринолитическим ферментам, способствуя превращению неактивного плазминогена в активный плазмин, который растворяет волокна фибрина в тромбах. Стрептодорназа является ферментом, который

способен растворять гной и погибшие клетки, не оказывая при этом влияние на здоровые клетки и их функцию. Действие препарата состоит в облегчении доступа антибактериальных средств к очагу воспалительного процесса. Назначается по 1 свече 2 раза в день 3–6 дней.

Лонгидаза (комплекс гиалуронидазы и полиоксидония) вводится по 3000 МЕ в/мышечно 1 раз в 5 дней, на курс 10 инъекций. Возможно назначение в свечах ректально 1 раз в день 10 дней.

В составе комплексной терапии с целью повышения на 20–40 % активности антибактериальных средств и снижения частоты побочных эффектов широко применяется системная энзимотерапия: вобэнзим, флогензим. Вобэнзим — это комплексный энзимный препарат, оказывает противовоспалительное, противоотечное и фибринолитическое, а также вторичное обезболивающее действие. При остром аднексите пациенткам назначается по 3–5 драже 3 раза в день. Курс лечения составляет 3–4 нед.

Укрепление иммунитета также является очень важным пунктом в терапии, поскольку развитие острого аднексита во многом обусловлено и ослабленной иммунной системой. В качестве стимуляторов деятельности иммунитета назначают циклоферон, полиоксидоний, иммунал, ИРС-19, имудон, лизобакт, ликопид, левамизол, Г-активин, тималин, и др.

Рекомендуется дополнительный прием витаминных комплексов. Особенно необходимо обратить внимание на дополнительный прием витамина С (аскорбиновая кислота), поскольку он является природным иммуностимулятором. Большое количество этого витамина содержится в шиповнике кизиле, калине, киви, черной смородине, клюкве, облепихе, петрушке.

С целью оптимизации терапии и повышения эффективности лечения острого аднексита необходимо использовать вазоактивные лекарственные средства, направленные на улучшение метаболических процессов в органах и тканях, улучшение микроциркуляции и регуляции окислительно-восстановительных процессов (антиоксиданты): аевит, витамин Е, актовегин, солкосерил, пентоксифиллин (трентал), дипирирадомол (курантил), ацетилсалициловая кислота, гепарин и его аналоги.

В острую фазу воспаления придатков матки необходимо отказаться от занятий спортом, но ЛФК можно делать даже *в условиях строгого постельного режима*. Приступая к занятиям, *следует проводить их с учетом индивидуальной* допустимой нагрузки, дозировки и характера упражнений. Физические упражнения при остром аднексите проводятся в медленном темпе: выполняются пассивные движения руками и ногами; активные движения в мелких суставах рук и ног; дыхательные упражнения умеренной глубины. Продолжительность занятия около 10 мин. Делают упражнения лежа на спине, лежа на боку, в коленно-локтевом положении. Активные движения руками и ногами, упражнения для мышц туловища можно выполнять и сидя на стуле, продолжительность занятий при этом составля-

ет 15 мин. Даже при столь простых упражнениях происходит улучшение нервно-психического состояния пациентки, стимуляция физиологических механизмов борьбы с болезнью и восстановление функционального состояния организма.

Широко применяются *физические факторы* при лечении острого воспаления придатков матки. С помощью физиотерапии можно достичь болеутоляющего, противовоспалительного эффекта, восстановления нормального обмена веществ, стимуляции иммунобиологических процессов.

Немедикаментозная терапия острого аднексита включает следующие физиотерапевтические процедуры:

- **криотерапия** (влагилищная или абдоминальная) на 30 мин, каждую повторять через 2 ч. Она оказывает болеутоляющее, противовоспалительное и гемостатическое действие;

- **ультрафиолетовое облучение** — эритемотерапия: субэритемная доза на надлобковую или пояснично-крестцовую область по полям с целью достижения анальгезирующего, дегидратирующего, десенсибилизирующего и противовоспалительного эффектов;

- **магнитотерапия:** ПМП низкой частоты, оказывает обезболивающий, дегидратирующий, противовоспалительный, седативный и гипокоагуляционный эффекты;

- раннее применение **электромагнитного поля сверхвысокой частоты** (СВЧ — 460 МГц) в интенсивном режиме при адекватной антибактериальной терапии повышает результативность лечения острого аднексита путем повышения местного иммунитета;

- **гипербарическая оксигенация** повышает кислородную емкость крови, стимулирует обменные процессы, оказывает мощное стимулирующее влияние на ЦНС;

- **лазеротерапия** обладает противовоспалительным действием: улучшает микроциркуляцию; снижает отек тканей; стимулирует местные механизмы иммунологической защиты; повышает чувствительность микрофлоры к антибиотикам; оказывает анальгезирующий эффект. Применяют на рефлексогенные зоны лазеропунктуру гелий-неоновым лазером (длина волны 632,8 нм), плотностью мощности на одну точку акупунктуры 30–75 мВт/см². Курс лечения 10–12 процедур. С целью иммуностимуляции целесообразно внутри- или надвенное лазерное облучение крови ежедневно или через день по общепринятой методике 3–4 сеанса. Возможна внутривлагалищная инфракрасная или гелий-неоновая лазеротерапия на своды влагалища;

- **рефлексотерапия** обладает обезболивающим и противовоспалительным эффектами;

- **электрофорез лекарственных веществ** (кальций, медь, цинк);

- **обменный плазмаферез и экстракорпоральная гемосорбция** используются при отсутствии выраженного дезинтоксикационного эффекта

после антибактериальной и трансфузионной терапии. Обменный плазмаферез позволяет освободить кровеносное русло от аутоантител, антигенов и циркулирующих комплексов и способствует улучшению микроциркуляции крови. После гемосорбции значительно снижается токсичность плазмы, увеличивается суточный диурез, уменьшается агрегация тромбоцитов, улучшается общее состояние, стимулируется перистальтика кишечника.

Отсутствие эффекта (или недостаточный эффект) консервативной терапии в течение 24–48 ч от начала внутривенного введения антибактериальных препаратов является показанием для хирургического лечения.

ТЕМА 3 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОДОСТРОМ АДНЕКСИТЕ

Лечение и реабилитация подострого аднексита проводятся комплексно и поэтапно.

1-й этап — стационарный. В подострой стадии рекомендуется гипоаллергическая диета, ограничение количества углеводов (за счет сладких блюд) и поваренной соли. Калорийность пищевого рациона должна составлять не более 2300 ккал в сутки. Запрещаются редька и все бобовые культуры, бисквитные и кремовые кондитерские изделия, шоколад. Исключить надо любые соленья, маринады, копчености, консервы, горчицу, перец и приправы. Количество жидкости нужно довести до 1,5–2 л в день: клюквенные морсы, соки, компот из сухофруктов. Обязательны к употреблению продукты, содержащие витамин С. Это черная смородина, сладкий перец, киви. Много этого витамина содержится в гранатовом соке. Во время болезни после каждого приема пищи нужно выпивать по полстакана разбавленного холодной кипяченой водой 1:2 гранатового сока.

Фармакотерапия и немедикаментозное лечение проводится как при остром аднексите. Дополнительно показано назначение адаптогенов (женьшень, элеутерококка, левзеи, китайского лимонника, розеолы, заманихи) во вторую фазу менструального цикла. Эти препараты оказывают выраженное антистрессорное и противовоспалительное действие, ускоряют регенеративные процессы и усиливают адаптационную способность организма.

2-й этап — медицинской реабилитации можно начинать в стационаре и обязательно продолжить амбулаторно. Фармакотерапия представлена адаптогенами и биостимуляторами (экстракт алоэ, гумизоль, плазмол, стекловидное тело и др.).

Немедикаментозное лечение назначается индивидуально, дифференцированно, с учетом клинических данных и сопутствующей патологии. Широко используется **аппаратная физиотерапия**.

Из физиотерапевтических процедур предпочтение отдается *электрофорезу лекарственных средств* (кальция, цинка, меди, хлоргексидина, гидрокортизона и др.).

В физиотерапии электрофорез является наиболее популярным методом, так как оказывает на организм пациентки множество положительных эффектов: снижает интенсивность воспалительного процесса; оказывает противоотечное действие; устраняет болевой синдром; расслабляет повышенный мышечный тонус; оказывает успокаивающее действие; улучшает микроциркуляцию; ускоряет процесс регенерации тканей; стимулирует выработку биологически активных веществ; активизирует защитные силы организма.

Лекарственный электрофорез может назначаться неоднократно, временных промежутков нет.

Лекарственные препараты поступают в организм через межклеточные пространства, сальные и потовые железы. Минуя желудочно-кишечный тракт они практически не вызывают побочных реакций. Вводимые электрофорезом лекарственные вещества, задерживаются в поверхностных слоях кожи и образуют здесь так называемое кожное депо ионов. В нем они могут сохраняться от 12–24 ч до 15–20 сут (кальций, цинк, медь и др.). Задержка способствует их более длительному действию и медленному выведению из организма. Метод лекарственного электрофореза позволяет создавать высокую локальную (в патологическом очаге) концентрацию препарата, не насыщая им весь организм. После электрофореза содержание лекарств в тканях области воздействия в несколько раз выше, чем после общепринятых способов введения той же дозы препарата.

В отличие от инъекционных способов, электрофорез позволяет доставить лекарства к патологическому очагу, в котором имеются нарушения микроциркуляции и регионарного кровообращения в виде капиллярного стаза, тромбоза сосудов, инфильтрации и некроза. Такие патологические очаги плохо поддаются лечению традиционными фармакотерапевтическими методами, так как поступление лекарственных веществ в них затруднено. Наиболее распространенным является гальваническая методика лекарственного *электрофореза или чрескожный способ* (медь, цинк, кальций и др.).

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

В настоящее время получает широкое распространение так называемый *внутриклеточный электрофорез*, основанный на электроэлиминации (выведении) введенных обычным путем (внутривенно, внутримышечно, per os, ингаляционно и др.) лекарств из кровотока в ткани патологического очага или какого-либо органа.

При проведении лекарственного электрофореза используются противовоспалительные, обезболивающие, сосудорасширяющие средства и биогенные стимуляторы (в виде микроклизм на 5–10 % растворе димексида).

Выбор лекарственного средства зависит от ведущего симптома: при ноющих болях проводится введение магния, нестероидных противовоспалительных и обезболивающих препаратов; при экссудативном процессе в малом тазу вводятся противовоспалительные и препараты кальция. При электрофорезе кальция понижается проницаемость клеточных мембран, повышается сопротивляемость клеток к разрыхлению. Введение препаратов кальция вызывает сосудосуживающий эффект, а при экссудативной стадии воспалительного процесса обеспечивает дегидратацию воспалительного очага, усиливает ассимиляционные процессы.

Необходимо отметить, что электрофорез меди повышает эстрогенную активность яичников, поэтому его целесообразно назначать в I фазу менструального цикла. В то же время электрофорез цинка рекомендуется назначать во II фазу менструального цикла, так как цинк повышает гестагенную активность яичников.

Действие вводимых электрофорезом лекарств развивается несколькими путями (рефлекторное, местное и гуморальное) и, варьируя технику и методику проведения процедуры, ими можно управлять.

При подостром аднексите заслуживает внимания применение магнитотерапии: деци (ДМВ)- и сантиметровых (СМВ) волн. Микроволновая терапия способствует купированию и обратному развитию активности воспалительной реакции, улучшению кровообращения, повышению неспецифической резистентности организма, оказывает значительное десенсибилизирующее действие.

При ДМВ электромагнитные волны проникают на глубину до 9 см, а при СМВ — до 3–5 см. ДМВ-терапия эффективнее индуктотермии, УВЧ-терапии и СМВ-воздействия (на низ живота, ректально, вагинально).

Индуктотермия (на низ живота или вагинально) вызывает противовоспалительное, сосудорасширяющее, гипотензивное, болеутоляющее, бактериостатическое, рассасывающее, седативное и спазмолитическое действие. Наиболее выраженный эффект проявляется при глубоком расположении патологического очага.

На 3-м этапе фармакотерапия включает в себя дифференцированную иммунокоррекцию, а также улучшение микроциркуляции, реологических и коагуляционных свойств крови.

Значительное место в лечении подострого аднексита отводится **лазеротерапии**. Она обладает противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию, снижает отек тканей, стимулирует регенерацию тканей и 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 облучение крови.

Аппаратная физиотерапия представлена ультразвуковой терапией. Лечебный эффект импульсного ультразвукового излучения продолжительнее, чем непрерывного. Для фонофореза применяются мази и линименты: метилурациловая, индометациновая, левориновая, нистатиновая, антибиотикосодержащие, биокартан, випросал.

В задачи ЛФК при подостром аднексите входит: устранение остаточных явлений воспалительного процесса; улучшение окислительно-восстановительных процессов; улучшение кровообращения, дыхательной функции; устранение застойных явлений в области малого таза; укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна; улучшение общего тонуса организма. Лечебная гимнастика проводится из исходных положений лежа на спине, на боку, на животе, стоя, стоя на четвереньках, у гимнастической стенки. Эффективны пешие прогулки.

Рефлексотерапия — это наука, фундаментальные основы которой опираются на биоэнергетику. Согласно канонам последней, тело человека состоит из различных энергосистем, между которыми происходит взаимодействие по определенным законам. Применяя те или иные методы лечения, врач помогает восстановить нарушенное энергетическое равновесие. Само понятие рефлексотерапии носит собирательный характер. Оно включает в себя большое количество различных лечебных приемов и методов воздействия на рефлексогенные зоны и собственно акупунктурные точки, включая иглорефлексотерапию, гирудотерапию, лазеропунктуру и др.

Лечение медицинскими пиявками (**гирудотерапия**) является обоснованным методом лечения как острых, так и подострых аднекситов. Медицинская пиявка способна выделять в кровотоки свыше 150 биологически активных веществ, которые обладают многими лечебными свойствами, в том числе антибактериальными, гормононормализующими и противовоспалительными. На фоне комплексного лечения, включая лечение лекарственными травами и гирудотерапией, выздоровление наступает в среднем через 3 мес.

ТЕМА 4

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДНЕКСИТЕ

Воспалительные процессы женской половой системы занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости (55–60 %). Особенности течения хронического аднексита в настоящее время (наличие бессимптомных и субклинических форм, затяжное течение, часто рецидивирующее течение) представляют реальную опасность ранней хронизации

процесса и развития осложнений: бесплодия; нарушений менструальной функции; внематочной беременности; тазовых болей; эндометриоза; невынашивания беременности; доброкачественных и злокачественных новообразований. Роль возбудителя велика лишь в острой стадии заболевания. В дальнейшем в его течении важное значение имеют нарушения функции нервной, сосудистой систем; обмена веществ в очаге воспаления; сенсбилизация и иммунологическая реактивность организма.

Хронический аднексит чаще всего является результатом недолеченного острого процесса и протекает с рецидивами, возникающими в результате влияния как специфических, так и неспецифических факторов (инфекций, стрессовых ситуаций, переохлаждения, переутомления и др.).

У 50 % пациенток с таким заболеванием наблюдаются кратковременные или стойкие нарушения менструального цикла по типу АМК, альгоменореи и редко олигоменореи. У 35–40 % женщин с хроническим аднекситом наблюдается расстройство сексуальности и половой функции (тазовые боли, болезненность при половом акте, понижение или отсутствие полового влечения и др.). Частые рецидивы аднексита приводят к развитию невротозов, снижению трудоспособности женщины, возникновению конфликтных ситуаций в семье и ухудшению качества жизни женщины.

Хроническое воспаление тканей яичников вызывает развитие в них дистрофических и сосудистых изменений, а следствием нарушения микроциркуляции становится снижение выработки половых гормонов, приводящее к половым расстройствам, нарушению менструального цикла и бесплодию.

В результате воспаления спаечный процесс развивается не только внутри маточной трубы, но и в малом тазу. Спайки формируются между трубами и яичниками, стенками таза, маткой, мочевым пузырем, кишечником и сальником. Постепенно соединительная ткань спаек становится более плотной и менее эластичной, прочно связывая эти органы друг с другом.

Зачастую аднексит настолько бессимптомный, что его выявляют только тогда, когда женщина проходит обследование, если планирует беременность при длительных неудачных попытках. Дисфункция яичников, непроходимость маточных труб в запущенной хронической форме — прямой путь к бесплодию.

Хроническое рецидивирующее воспаление придатков часто приводит к патологическому течению беременности (внематочной или неразвивающейся беременности; самопроизвольному выкидышу; преждевременным родам; антенатальной гибели плода и др.), вторичному бесплодию. Бесплодие при хроническом аднексите может являться не только следствием анатомических и функциональных изменений в маточных трубах, но и результатом нарушения функции яичников. Такие смешанные формы бесплодия, возникающие вследствие воспаления придатков, крайне трудно поддаются лечению. Из хронического очага при аднексите инфекция мо-

жет распространяться на соседние органы и вызывать хронический колит, пиелонефрит и холецистит.

Обострение заболевания может протекать по двум вариантам (типам):

- по первому варианту — *инфекционно-токсическому* — с увеличением патологической секреции, экссудативных процессов в придатках матки, усилением их болезненности, изменениями в формуле крови;
- по второму варианту — *нейровегетативному* — с явлениями невралгии тазовых органов, ухудшением самочувствия, снижением трудоспособности, неустойчивостью настроения, сосудистыми и эндокринными нарушениями.

Существует разный подход к лечению острого и хронического воспаления придатков, что связано с возникновением нескольких сложных и неоднозначных проблем при решении вопроса дальнейшего лечения таких пациенток.

Во-первых, длительно существующее воспаление приводит к образованию вокруг очага тканевого барьера, который не дает инфекционному процессу распространяться на окружающие ткани. В свою очередь тканевой барьер создает препятствие для накопления антибиотиков в нужных концентрациях именно в том месте, где он необходим.

Во-вторых, хроническое воспаление уменьшает силу местного иммунитета. Организм женщины перестает бороться с инфекцией

В третьих, бактерии, находящиеся слишком долго в очаге воспаления, способны вырабатывать устойчивость к антибиотикам. Это происходит потому, что во время существования аднексита, пациентка может принимать разные антибиотики по не связанным с данным заболеванием причинам. Длительное воздействие антибиотиков в дозах, недостаточных для уничтожения бактерий, может привести к развитию их устойчивости.

Лечение и реабилитация при хроническом аднексите основана на следующих принципах: обязательное лечение малосимптомных и стертых форм; оценка глубины и тяжести функциональных и структурных поражений; определение степени их обратимости; оценка гормональной функции яичников; коррекция полисистемных расстройств; комплексное лечение, включая медикаментозное, немедикаментозное; обоснованность антибактериальной и психотерапии.

Так как описанные выше особенности хронического воспаления придатков существенно осложняют лечение, изолированное назначение антибиотиков эффективно лишь в 37 % случаев. Перед тем, как применять антибиотики, необходима «подготовка» условий для успешного их действия. Прежде всего это иммуностимуляция и местное лечение. Дело в том, что даже антибиотикограмма с определением степени чувствительности бактерий к антибиотикам не отражает всех значений окружения непосредственно в воспалительном очаге. Нет гарантии, что антибиотик, к которо-

му в лабораторных условиях была показана восприимчивость, не окажется в очаге в слишком низкой концентрации. С другой стороны, правильно проведенная иммуностимуляция и местное лечение делают возможным улучшение проницаемости тканевых барьеров и накопления антибиотиков в высоких концентрациях именно в очаге воспаления.

При хроническом аднексите выделяют три уровня реабилитации.

Первый — клиническое выздоровление (улучшение общего самочувствия, исчезновение или уменьшение болевого синдрома, исчезновение анатомических изменений и нормализация картины крови).

Второй — восстановление эндокринной функции половой системы: восстановление менструального цикла, нормализация тестов функциональной диагностики, улучшение гормональных соотношений.

Третий — восстановление адаптационно-защитных механизмов и репродуктивной функции, наступление беременности.

В соответствии с уровнем реабилитации необходимо соблюдать этапность и строгую последовательность. В основу реабилитационного процесса в период ремиссии должен быть положен принцип воздействия физическими и медикаментозными факторами с учетом особенностей менструального цикла.

Различают следующие проявления заболевания: обострение хронического аднексита (I, II типа); первично хронический аднексит; стадию ремиссии и остаточных явлений (рубцово-спаечный процесс); реабилитацию.

Программа лечения и медицинской реабилитации должны соответствовать стадии течения заболевания.

В стадии обострения хронического аднексита I типа проводятся лечебные мероприятия, соответствующие острому процессу.

При обострении II типа антибактериальное лечение не проводят. Назначают иммуномодуляторы; адаптогены; ненаркотические анальгетики; витамины; средства, улучшающие микроциркуляцию: пентоксифиллин (трентал), дипиридамол (курантил); нейротропные средства в комплексе с аппаратной физиотерапией, включая ультразвук в импульсном режиме; фонофорез с гидрокортизоном или биокартаном; импульсные токи низкой частоты (СМТ, ДДТ); лекарственный электрофорез с цинком, медью; ИРТ; лазеротерапия (трансвагинально); лазеропунктура ГНЛ; ИКЛ в импульсном режиме на обе паховые области; ГБО; нормобарическая гипокситерапия; ФТ.

Лечение первично хронического аднексита носит комплексный и этапный характер. *На 1-м этапе* назначают фармакотерапию: адаптогены (женьшень, элеутерококк, заманиха и др.); биостимуляторы (экстракт алое, гемизоль, пеллоидодистиллят, плазмол и др.), дифференцированную иммунокоррекцию и немедикаментозное лечение. *На 2-м* — антиагреганты: пентоксифиллин (трентал), дипиридамол (курантил), ацетилсалициловую кислоту; ультразвуковую терапию. *На 3-м этапе* — биостимуляторы и адаптогены в сочетании с грязелечением и скипидарными ваннами.

В период ремиссии хронического аднексита медикаментозную терапию используют как средство повышения неспецифической резистентности организма. Антибактериальная терапия необоснована. Используют биогенные стимуляторы; иммуномодуляторы; антиагреганты; рассасывающую терапию; СЭТ; нестероидные противовоспалительные препараты; психотерапию.

Особенности физиотерапевтического лечения в период ремиссии — это отказ от внеполостных (накожных) методик выполнения с переходом на внутривлагалищную и ректальную; физиолечение должно быть достаточно продолжительным и многокурсовым (2–3 курса с интервалом в 2 мес.).

На выбор лечебного физического фактора большое влияние оказывает состояние гормональной функции яичников пациентки. Приступая к гормональной терапии, необходимо ликвидировать или максимально ослабить клинические проявления хронического аднексита.

Негормональную коррекцию гипofункции яичников осуществляют комплексно. Назначают витаминотерапию по фазам менструального цикла: фолиевая кислота по 1 таблетке 3 раза в день с 5 по 15 день цикла; витамин Е 400 мг в сутки с 16 по 25 день (6 циклов), таймфактор. Применяют лекарственный электрофорез с медью в первую и с цинком во II фазу менструального цикла. Предпочтение отдается лечебным грязям; озокериту; ультразвуку в импульсном режиме; импульсным токам низкой частоты; вибрационному массажу; минеральным водам в виде ванн или орошений.

Остаточные явления хронического аднексита — это рубцово-спаечный процесс, возникший в результате перенесенного воспаления. Реабилитация заключается в проведении рассасывающей терапии (тиосульфат натрия, дистрептаза, лонгидаза, сульфат магния, ультразвук с биокартаном и др.); устранении стойкого болевого синдрома; назначении нестероидных противовоспалительных препаратов; спазмолитиков; антиагрегантов; коррекции гормональных нарушений; эмоционально-невротических и других функциональных расстройств, обусловленных длительным течением основного заболевания. Лечение комплексное в сочетании с лекарственными препаратами по показаниям.

Один из принципов рациональной *физиотерапии* в гинекологии — это обязательный учет исходного уровня гормональной функции яичников. Все лечебные физические факторы, применяемые в современной гинекологической практике, в соответствии с их влиянием на функциональную активность яичников, в том числе в период последствий физиотерапии, сгруппированы с учетом функционального состояния яичников по следующему принципу:

1. Физические факторы, *повышающие эстрогенную насыщенность* организма с продолжительным действием: лечебные грязи; пеллоидоподобные вещества (парафин, озокерит, глина); минеральные воды; нагретый песок. Из преформированных физических факторов к этой группе относит-

ся ультразвук, особенно в импульсном режиме излучения; магнитное поле высокой и ультравысокой частоты; ДДТ; электрофорез меди; лазеротерапия; вибрационный массаж; классический ручной массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника; гинекологический массаж. Физиопроцедуры рекомендуется проводить в I фазу менструального цикла. Их применение при наличии противопоказаний может быть пусковым механизмом в развитии гормонозависимых доброкачественных образований органов репродуктивной системы.

2. Физические факторы, *снижающие эстрогенную насыщенность* организма с продолжительным последствием: радоновые воды; йодобромные воды и электрофорез с йодом.

3. Физические факторы, *стимулирующие функциональную активность* желтого тела: низколазерное излучение и электрофорез цинка во II фазу менструального цикла.

4. Физические факторы, *практически не изменяющие гормональную функцию яичников* или влияющие на нее с непродолжительным действием: все остальные физические факторы, не вошедшие в три предыдущие (аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия и др.).

Лечебные физические факторы являются ведущим компонентом комплексного патогенетического лечения. Они могут проводиться как при обострении хронического аднексита, так и в период ремиссии. Сначала применяют наружные методики, а при минимальных проявлениях воспалительного процесса заменяют их на внутривлагалищные и ректальные.

Редко назначают только один метод физиолечения. Чаще оно комплексное, поскольку разные методы оказывают на организм женщины в целом и на придатки матки в частности разные эффекты, сочетание которых и приводит к желаемому результату.

Противопоказаниями к физиотерапии являются: острый период болезни, злокачественные опухоли, эндометриоз, фибромиома матки размерами более 6 нед.; маточное кровотечение; поликистоз яичников.

Программа медицинской реабилитации включает **методы физиолечения, направленные на устранение воспалительного процесса.**

Лекарственный электрофорез. При помощи этого метода лекарственные препараты быстрее и эффективнее проникают в пораженные ткани, где и оказывают свой эффект. С данной целью могут быть использованы такие средства, как антибиотики, сульфаниламиды и противовоспалительные препараты. Важно знать, что нельзя проводить электрофорез антибиотиков непосредственно после приема их другим путем. От момента приема таблетки должно пройти минимум полтора часа, а после инъекции 30 мин. Плотность тока при лекарственном электрофорезе составляет $0,05 \text{ мА/см}^2$. Проводить процедуры следует каждый день в течение полтора часа. Курс лечения 10 процедур.

УВЧ-терапия (низкоинтенсивная). УВЧ-поле способствует уменьшению повреждающего действия бактерий на слизистую оболочку придатков, снижению проницаемости капилляров, угнетению процессов выделения веществ, индуцирующих воспаление. Во время процедуры УВЧ-поле частотой 27,12 МГц воздействует на область промежности в течение 10 мин. УВЧ-терапию проводят ежедневно в течение 8–10 дней.

Восходящий душ. Во время данной физиопроцедуры улучшается микроциркуляция в области малого таза и обменные процессы непосредственно в придатках матки. Пораженные ткани быстрее восстанавливаются. Восходящий душ с температурой 35–37 °С и давлением воды 1–1,5 атм. принимают в течение 3 мин 1 раз в 1–2 дня. Курс лечения составляет 10 процедур.

ДМВ-терапия (низкоинтенсивная). Эта физиопроцедура стимулирует обменные процессы в придатках матки и способствует быстрой регенерации пораженных тканей. Используют цилиндрический излучатель, накладывают его контактно в области проекции придатков на переднюю брюшную стенку (внизу живота). Мощность излучения составляет менее 10 Вт. Продолжительность процедуры 10 мин, ежедневно, курс лечения 10 процедур.

Инфракрасная лазеротерапия. Эффекты этого метода физиолечения сходны с действием ДМВ-терапии. Лазеротерапия улучшает обмен веществ в слизистой оболочке пораженных органов; стимулирует восстановительные процессы в поврежденных тканях. Рекомендованная длина волны излучения равна 0,89–1,9 мкм, мощность 100 мВт, режим импульсный, 50 имп/с. Продолжительность процедуры 10 мин, назначается ежедневно, на курс лечения 10 воздействий.

Бальнеотерапия. Применяются естественные или искусственные аналоги минеральных и радоновых вод. Они оказывают обезболивающий, противовоспалительный, противоотечный и рассасывающий эффекты. Бальнеотерапия применяется в виде микроклизм, влагалищных орошений и ванн. Широко используются общие и местные (сидячие) пресные, вибрационные, общие ароматизированные (хвойные, шалфейные, валериановые, скипидарные) и общие газованные (жемчужные, кислородные, пенистые) ванны.

Сульфидные ванны снижают активность экссудативного и инфильтративного компонентов воспаления, оказывают значительный фибринолитический эффект, повышают сократительную активность маточных труб. При гипофункции яичников противопоказаны радоновые, йодобромные, а при гиперэстрогемии — сульфидные, соляные и углекислые воды.

При хроническом аднексите особенно эффективными являются йодобромные и сероводородные ванны. Ионы йода накапливаются в организме, улучшая обмен веществ, уменьшая воспалительные процессы и стимулируя процессы восстановления поврежденных тканей. Температура воды составляет 37 °С, содержание в ней ионов йода 10 мг/л, брома 25 мг/л. Ванну следует принимать в течение 10–15 мин 1 раз в 1–2 дня. Курс лечения 10–12 проце-

дур. Сероводородные ванны улучшают репаративные процессы в измененных воспалением тканях, восстанавливают перистальтику маточных труб. Температура воды составляет 35–36 °С, содержание сероводорода 50–100 мг/л. Продолжительность ванны 10 мин, курс лечения 10–12 дней.

Парафинотерапия или озокеритотерапия. Эта тепловая физиопроцедура способствует улучшению микроциркуляции и обменных процессов в пораженных тканях. Медицинский парафин температурой 45–50 °С накладывают на область промежности или пояснично-крестцовую область. Продолжительность аппликации 15–20 мин, 1 раз в 1–2 дня, курс лечения 10 воздействий.

Грязелечение. Лечебные грязи оказывают обезболивающий, десенсибилизирующий, рассасывающий и противовоспалительный эффекты. Пеллоидотерапия улучшает гемодинамику органов малого таза, снижает активность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную активность яичников, способствует развитию миометрия. Наиболее часто применяются аппликации грязи на область солнечного сплетения, область «трусов» и «брюк», вагинальные и ректальные тампоны. Аппликации грязи толщиной 4–6 см с температурой 40–42 °С, продолжительность процедуры до 20 мин, проводят ее через день, на курс 10–15 процедур.

Методы, способствующие разрушению спаек в малом тазу, включают:

- **ультразвуковую терапию.** При этом используют импульсный режим ультразвука интенсивностью 0,4–0,6 Вт/см². Область воздействия – проекция фаллопиевых труб и яичников (передняя брюшная стенка). Продолжительность процедуры до 10 мин, частота проведения 1 раз в 1–2 дня, курс лечения 10 воздействий;

- **ультразвук с биокартаном.** Биокартан: 20 мл суспензии гидрокортизона, 25 мл 50 % раствора анальгина, 40 мл экстракта алоэ, 80 г ланолина и 16 г вазелинового масла на 15 процедур. Эффект при небольшой продолжительности высокий. Первые 3 процедуры по 4 мин, затем каждые три процедуры продолжительность их увеличивается на 1 мин.

Иммуностимулирующие методы

- **Восходящий и циркулярный души.** Температура воды составляет 37 °С, давление струи 100–150 кПа, продолжительность воздействия 3–5 мин, 1 раз в день, курс лечения 10 процедур.

- **Жемчужные ванны.** Температура воды 36 °С, концентрация воздуха 50 мг/л, продолжительность приема ванны 10–15 мин, ежедневно, курс лечения 10 процедур.

- **Лечебный массаж спины.** Продолжительность 20 мин, ежедневно. Курс лечения 15 процедур.

- **Озонотерапия** — это высокоэффективный метод лечения, профилактики, реабилитации, очищения и омоложения организма. Активный

кислород защищает клетки; повышает иммунитет; борется с бактериями и вирусами; улучшает кровообращение; окисляет и выводит аллергены, холестерин и токсины; улучшает питание тканей; насыщает организм кислородом; сдерживает процессы старения. Многообразие лечебных эффектов озона связано с его способностью оказывать противовоспалительное, иммуномодулирующее, ранозаживляющее действие, уничтожать все виды бактерий, вирусов, грибков, простейших микроорганизмов. При системном применении (внутривенное введение озонированного физраствора) озон восстанавливает кислородный транспорт; нормализует обмен веществ и гормональный фон; снимает интоксикацию; расширяет сосуды; улучшает микроциркуляцию крови; положительно влияет на свертывающую систему крови. Отличается простотой применения, хорошей переносимостью пациентами и практически полным отсутствием побочных действий.

- **Переменное магнитное поле.** Под влиянием магнитных полей повышается сосудистая и эпителиальная проницаемость вследствие чего ускоряется рассасывание очагов воспаления; уменьшается внутрисосудистое пристеночное тромбообразование и снижается вязкость крови; усиливаются процессы регенерации; повышается эффективность введенных лекарственных веществ.

- **Лазеротерапия.** Она активизирует процессы саморегуляции; улучшает местное кровообращение; стимулирует гуморальный и клеточный иммунитет; устраняет воспалительные процессы; оказывает анальгезирующий эффект; ускоряет процессы регенерации тканей; усиливает действие лекарственных веществ, что позволяет сократить их дозировку; в 2 раза ускоряется процесс выздоровления.

- **Лазеромагнитотерапия.** В основе лежит прямое воздействие на организм человека сразу несколькими видами излучений: инфракрасные волны; красный видимый свет; магнитное поле. ЛМТ улучшает микроциркуляцию; увеличивает проницаемость мембран в клетках; усиливает обменные процессы между клетками и окружающей средой; активизирует защитные силы организма; оказывает анальгезирующий эффект; улучшает сон; увеличивает работоспособность и помогает легче переносить физические нагрузки.

Седативные методы

- **Жемчужные ванны,** продолжительность 10 мин, каждый день, курс лечения 10 воздействий.

- **Электросон.** Длительность прямоугольных импульсов составляет 0,2 мс, частота их 5–10 Гц, сила тока до 8 мА. Продолжительность процедуры 25–40 мин, ежедневно, на курс лечения 10 воздействий.

Реабилитационная терапия при хроническом аднексите включает ЛФ, которая обеспечивает следующие позитивные свойства: коррекцию нарушенного кровотока в сосудистой системе репродуктивной системы; улучшение местных обменных процессов в области малого таза; антиэкссуда-

тивный и рассасывающий эффекты; стимуляцию иммунитета и компенсаторных реакций в органах репродуктивной системы; успокаивающий и умеренный обезболивающий эффекты. Примерный комплекс упражнений при хроническом аднексите представлен в приложении 1.

Также эффективность стандартных схем лечения аднексита может быть увеличена с помощью **ИРТ**. Суть метода — это воздействие на биологически активные точки человека. Его можно применять как для лечения острого состояния аднексита, так и для хронической стадии. Не стоит ожидать резкого улучшения сразу после первого сеанса. Эффект наступает постепенно, но сохраняется на длительное время. ИРТ способствует уменьшению воспалительного процесса, снимает спазмы, болевые ощущения, а также блокирует процессы дальнейшего развития заболевания путем восстановления собственных защитных реакций организма. Для достижения максимального эффекта ИРТ рекомендуется применять в комплексе с ФТ, точечным массажем и моксотерапией.

Моксотерапия является одной из древнейших процедур восточной медицины, суть которой заключается в прогревании тела тлеющими сигарами (своего рода точечный массаж). Сигары делают из полыни, крапивы, листьев тополя. На отечественных просторах она появилась относительно недавно, но уже успела приобрести широкую популярность.

Су-джок-терапия (в переводе с корейского *Su* — рука, *Jok* — нога) — это способ лечения, основанный на проекции всех частей, систем и органов тела на кисть и стопу. Воздействовать на больной орган можно путем нахождения болевой точки в области его проекции на кисти и стимуляции этой точки. Воздействовать на области можно как любым неострым предметом (спичкой, притупленным карандашом и др.), так и приклеив к болевой точке какой-либо раздражитель. Для любых областей соответствия в качестве раздражителя подойдут неочищенные (черные) гречневые крупинки. Для лечения в проекции придатков матки можно использовать яблочные семечки.

Массаж. Средством реабилитации, которое используется при воспалительных заболеваниях женских половых органов, является массаж. Массаж — это метод механотерапии, заключающийся в механическом воздействии на мягкие ткани тела пациентки путем поглаживания, растирания, разминания и вибрации, вызывая улучшение кровообращения массируемого участка, ускорение лимфооттока, активацию тканевого дыхания, что способствует стимуляции адаптационных функций женского организма. Применяют следующие виды массажа: вагинальный (проводится только врачом-гинекологом); вибрационный; сегментарно-рефлекторный и точечный. Его можно сочетать с физиотерапией, причем электрофорез лекарственных веществ проводят после массажных воздействий.

Гинекологический массаж — особая форма массажа. Он уменьшает болевые проявления женских заболеваний, улучшает кровообращение в

половых органах; уменьшает застойные явления в кровеносных и лимфатических сосудах половых органов; повышает тонус матки; способствует размягчению спаек; рассасыванию воспалительных образований в клетчатке малого таза; исправляет неправильное положение половых органов. Гинекологический массаж проводит гинеколог, имеющий специальную подготовку. Мочевой пузырь должен быть опорожнен, мышцы живота — максимально расслаблены. Врач медленно и аккуратно массирует придатки и саму матку. Длительность массажа 10–15 мин, курс лечения 10–15 сеансов.

Методы активной вакуум-терапии (баночного массажа) позволяют дополнительно усилить дренаж мягких тканей, вызывают местное сосудорасширяющее действие. Методы пассивной вакуум-терапии позволяют безболезненно формировать рассеянные подкожные гематомы, что эффективно заменяет иммуномоделирующее действие аутогемотерапии.

Стоун-терапия при хроническом аднексите (применение горячих и холодных камней) имеет эффект «гимнастики» для сосудов. Массаж более продолжителен по времени. Применяются горячие камни в проекции аккупунктурных зон через ткань, что имеет прекрасный расслабляющий и тонизирующий эффекты.

Значительное место в лечении хронических аднекситов отводится климатотерапии.

Аэротерапия — лечение открытым воздухом. Физиологическое действие аэротерапии связано с насыщением организма кислородом. Это способствует нормализации нарушенных функций организма, в первую очередь ЦНС. При воздушных ваннах физиологическое действие аэротерапии связано с эффектом охлаждения организма полностью или частично обнаженного тела пациентки, раздражении кожных рецепторов воздухом. Это способствует тренировке механизмов терморегуляции, повышению устойчивости организма к переохлаждению, что очень важно у гинекологических пациенток. Применяют аэротерапию на открытом воздухе, принимая таким образом воздушные ванны (пешеходные прогулки, сон на веранде, игры на воздухе).

Гелиотерапия — применение солнечных лучей. Основную часть общего потока солнечной радиации составляет энергия электромагнитного светового излучения Солнца. Инфракрасные лучи оказывают в основном тепловое воздействие. Ультрафиолетовое излучение — бактериоцидный и иммуностимулирующий эффекты.

Талоссотерапия. Механизм действия морских купаний связан с термическими, механическими и химическими факторами. Купания повышают адаптационные возможности через иммунозащитные и эндокринные механизмы, оказывают выраженное закаливающее действие.

Плазмаферез при хроническом аднексите — это замена собственной токсической плазмы свежей донорской или нативной плазмой с возвращением собственных форменных элементов в кровеносное русло. Метод ак-

туален при длительном хроническом воспалительном процессе матки и придатков, когда развился синдром эндогенной интоксикации, сочетающийся с нарушением макро- и микроциркуляции крови, обменных процессов, кислотно-основного равновесия, со структурными изменениями в клетках органов и тканей. В результате процедуры отмечается улучшение состояния центральной и периферической гемодинамики; нормализуются параметры кинетики кислородного метаболизма; улучшаются показатели кислотно-основного состояния и газов крови, системы гемостаза и фибринолиза; иммунной системы; центральной и вегетативной нервной системы. Лечение проводится в I фазу менструального цикла курсом в несколько сеансов.

Ароматерапия — это лечение с применением натуральных аромамасел, попадающих в организм через дыхательные пути, кожу и слизистые оболочки. Активно используется ароматерапия и в настоящее время. При лечении хронического аднексита назначаются ароматические ванны и вдыхание ароматов. Однако следует помнить, что аромамасла являются препаратами сильного действия и могут вызвать аллергические реакции. Они имеют некоторые противопоказания.

При лечении хронического аднексита используют вдыхание аромамасел *апельсина, лаванды, розы, розмарина, сандала*. Аромамасла лаванды и розмарина положительно влияют на иммунитет.

Лечебные ванны с аромамаслами. Лечебное действие ванн с добавлением аромамасел обусловлено быстрым введением аромамасла через кожу в лимфатическую сеть и вдыханием паров. Вода для лечебной ванны должна быть теплой (температуры 35–37 °С). При назначении ванн для лечения аднексита применяются:

- аромамасло *эвкалипта*: 5 капель на ванну или в смеси с другими аромамаслами. Эвкалиптовое аромамасло обладает антибактериальным, противовирусным, противовоспалительным действием; повышает содержание кислорода в крови; укрепляет иммунную систему; оказывает мягкое успокаивающее действие на нервную систему; помогает снять умственную усталость;

- аромамасло *шалфея лекарственного*: 5 капель на ванну. Продолжительность процедуры 12–16 мин. Курс лечения 15–20 ванн. Принимать ванну с шалфеем надо за 2–3 ч до сна. Аромамасло шалфея лекарственного обладает антибактериальным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием; выводит из организма токсины; повышает адаптационные возможности организма; снимает боль; придает оптимизм; успокаивает и тонизирует при сильных нервных напряжениях и депрессиях.

Лечение хронического аднексита медом. Натуральный мед является источником витаминов В₂ и В₆, необходимость в которых повышается при аднексите. Также в нем содержится комплекс микроэлементов (сера, магний, медь, железо) и каротин. Препараты на основе меда обладают противовоспалительным, бактерицидным действием, повышают иммунитет и увеличивают устойчивость организма к инфекциям.

При воспалении придатков матки мед рекомендуется употреблять внутрь по 1 чайной ложке 2–3 раза в день перед едой.

Прополис обладает антибактериальным, иммуномодулирующим, общеукрепляющим свойством. При хронических аднекситах прием в пищу лечебной дозы этого натурального продукта проводится постепенно: начинать курс надо с 1–3 г, затем постепенно увеличить до 5–10 г в сутки, ежедневно утром натощак за 60 мин до еды, тщательно и длительно пережёвывая смолистое вещество. После достижения лечебного эффекта прекращать прием прополиса надо тоже постепенно, снижая его дозу в течение 7–14 дней до полной отмены. Можно использовать аптечную спиртовую настойку прополиса: по 20 капель, предварительно разведенной в 50 мл теплой воды, 2 раза в день за 30 мин до еды. Курс лечения 20 дней. После 7-дневного перерыва курсы лечения можно повторять.

Цветочная пыльца — это ценный источник натурального комплекса витаминов и микроэлементов. Благоприятно влияет на нервную и эндокринную систему, обладает общетонизирующим, иммуностимулирующим и бактериостатическим действием. Устраняет дисбактериоз кишечника и, опосредованно, влагалища. При употреблении пыльцы многие хронические заболевания проходят в короткий срок или значительно ослабевают.

В лечебных целях лучше использовать свежую гранулированную пыльцу. Хранится продукт в холодильнике в течение 1 года. Через год пыльца теряет до 75 % своих целебных свойств. Через 2 года становится бесполезной. Пыльцу принимают по 1 чайной ложке утром натощак, запивая небольшим количеством теплой воды (можно с медом).

Поэтапная восстановительная терапия с ЛФК и санаторно-курортным лечением является важным лечебным фактором, обеспечивающим противорецидивное и противоспаечное действие.

ТЕМА 5 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

К одной из наиболее дискуссионных проблем в современной гинекологии относится миома матки. В общей структуре гинекологических заболеваний она занимает одно из ведущих мест. Это доброкачественное новообразование возникает чаще у пациенток, не реализовавших свой репродуктивный потенциал или отложивших деторождение на более поздний период. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» этого заболевания: до 40 % случаев выявляется в репродуктивном возрасте.

Развитие миомы матки зависит от генетических, антропометрических, расовых, репродуктивных и сосудистых факторов, опосредуемых влиянием факторов роста и гормональными воздействиями. Существует два молекулярных механизма патогенеза миомы матки. Наиболее частый касается гена MED12, мутации которого вызваны экспрессией «раннего» гена WNT4, который вызывает развитие миомы матки. Второй механизм связан с повышенной активностью гена HMGA2, который стимулирует пролиферацию клеток и их трансформацию в клетки миомы матки.

Формирование миомы матки сопровождается значительными изменениями в иммунной системе как на системном, так и на локальном уровне. Иммунные нарушения способствуют усилению клеточного роста, ангиогенеза и воспаления.

В патогенезе опухоли можно выделить 4 категории факторов: *предрасполагающие или факторы риска; инициаторы; промоутеры и эффекторы.*

Развитию миомы матки способствуют *факторы роста.* Уровень ЭФР, содержащегося в стромальных и эпителиальных клетках мышечной ткани, повышается в несколько раз. ИРФ, находящиеся в клетках миометрия, обладают миотической активностью. ГСЭРФ по митогенной активности значительно превосходит ЭРФ и является мощным митогеном для фибробластов и гладкомышечных клеток.

В стимуляции роста миомы матки важным фактором являются эстрогены. Прогестерон обладает как стимулирующим, так и ингибирующим эффектом.

Риск заболевания миомой матки выше у нерожавших женщин с большим количеством ановуляторных циклов. Более чем у половины пациенток репродуктивного возраста отмечается быстрый рост миоматозных узлов. Это связано с преждевременным прекращением репродуктивной функции или запоздалой ее реализацией; снижением функции яичников; избыточной массой тела; хроническими заболеваниями кишечника и печени; гиперпластическими процессами эндометрия; хроническими воспалительными заболеваниями гениталий; воздействием наследственных факторов и др.

Риск развития миомы матки увеличивает раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, ожирение, поздний репродуктивный возраст, пре- и менопауза, афроамериканская раса, курение, прием тамоксифена, внутриматочные вмешательства.

У пациенток с миомой матки нарушен репродуктивный потенциал: из пяти наступивших беременностей три–четыре оканчиваются абортами, неразвивающейся беременностью и самопроизвольными выкидышами. Чем дольше продолжительность заболевания, тем чаще выявляются нарушения репродуктивной функции.

Клинические проявления миомы могут быть минимальными или отсутствовать, но в большинстве случаев значительно снижают качество жизни женщины. Симптомы заболевания могут быть изолированными или

в различных сочетаниях: маточные кровотечения, анемия, боль, нарушение функции смежных органов, бесплодие, гиперплазия эндометрия, мелкокистозные изменения яичников, дисгормональные заболевания молочных желез.

При выработке тактики лечения миомы матки нужно руководствоваться следующими принципами:

- строго индивидуальный подход;
- все миомы матки подлежат лечению тем или иным методом;
- при выборе тактики лечения учитывать размер миомы; увеличение ее объема в течение всего периода наблюдения; количество узлов и их расположение; возраст пациентки и желание сохранить фертильность;
- удаление матки — не единственный способ окончательного лечения;
- консервативным методам лечения подлежат пациентки, желающие сохранить фертильность либо по возрасту близкие к менопаузе, а также при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

На амбулаторном этапе ведение пациенток с миомой матки должно включать наблюдение и мониторингование, медикаментозную и физиотерапию, хирургическое лечение с использованием новых мини-инвазивных методик.

Методом выбора в лечении миомы матки, исходя из системного подхода, является консервативная терапия, а оперативное лечение проводится по строгим показаниям.

С момента установления диагноза консервативное лечение начинают независимо от возраста; субъективного статуса; величины и формы опухоли; особенностей клинического течения. Формы и методы консервативного лечения выбирают с учетом многофакторности патогенеза опухоли. Длительность консервативного лечения должна быть строго регламентирована. Лечение проводят до наступления менопаузы. При отсутствии эффекта лечение не должно превышать 2–3 года.

При миоме матки консервативным лечебным воздействием является раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний; лечение экстрагенитальной патологии; коррекция нарушенных гормональных соотношений; лечение анемии, волевических и метаболических нарушений; нейротропные воздействия и торможение роста опухоли.

При выборе того или иного метода лечения следует учитывать наличие кровотечения; анемии; уровень железа и/или ферритина; проблемы с мочеиспусканием или дефекацией; наличие болей; фертильность; возраст пациентки и ожидаемый период до наступления менопаузы.

Одной из составных частей комплексного лечения миомы матки является *рациональное питание*. Пациенткам предпочтительно белковое питание с ограничением животных жиров и углеводов. Почти у половины женщин с миомой матки имеются заболевания печени, где синтезируется транспортирующий эстрогенсвязывающий белок. В результате его синтез снижается, поэтому необходима диетотерапия как при заболеваниях пече-

ни: исключить жареное, копченое, кислое, соленое, спиртное и др. Витаминотерапия (А, С, Е), которая в 1,5–2 раза должна превышать высшую суточную дозу и назначается во вторую фазу менструального цикла. Рекомендовано чередование через 7–10 дней приема натошак 0,5–1 стакана щелочной минеральной воды без газа с фруктовыми и овощными соками (свекольный, абрикосовый, яблочный и особенно эффективен картофельный) и фитотерапия (шиповник, бессмертник, календула, корень аира, и др.) курсами по 6 месяцев с перерывами в 2–3 недели.

Пациенткам с миомой матки показана:

- седативная терапия (валериана, пустырник, мята, боярышник, тазепам, ноофен, новопасит и др.), малые транквилизаторы (тазепам, мезепам и др.);
- антианемическая терапия препаратами железа (гинотардиферон, сорбифер, ферроплекс, тардиферон, ферум-лек и др.);
- утеротоническая и гемостатическая терапия (окситоцин, метилэргометрин, этамзилат натрия), электрофорез (аутоамминизация) с кальцием. Эффективна фитотерапия (настойка водяного перца, настои тысячелистника, крапивы, мать-и-мачехи, спорша и др.), особенно в виде сборов: в одинаковых соотношениях травы спорша, зверобоя, пустырника, тысячелистника и крапивы; цветков ромашки и календулы; листья земляники и коры крушины залить 500 мл кипятка, кипятить 3 мин, настоять 20 мин. Пить по 100 мл утром и вечером по 2 мес. с перерывом в 10 дней;
- с целью иммунокоррекции применяется полиоксидоний, ликопид, декарис и др.

Пациенткам с миомой матки показаны также следующие процедуры: при АМК проводят *аутоамминизацию с кальцием* ежедневно или через день в середине менструального цикла по 10–12 процедур с интервалом в 1–2 цикла, не менее 4 курсов в год.

В случае нарушения функции яичников с повышением гонадотропной функции гипофиза назначают *гальванизацию с магнием* зоны воротника по методике Щербака; эндоназальный электрофорез с витамином В₁ или новокаином.

При пониженной гонадотропной функции гипофиза проводят *электрофорез с медью* в I фазу менструального цикла, *электрофорез с цинком* во II фазу цикла; электростимуляцию шейки матки.

При сочетании миомы матки с хроническим аднекситом показано назначение *СМТ и электрофорез цинка* (15 процедур, по 2 курса с интервалом 2–3 мес.); *ПМП* (по 10–12 процедур длительностью 10 мин, 2–3 курса с перерывом 2–3 мес.); при сочетании АМК с болевым синдромом электрофорез йода (10–15 процедур, 2 курса).

Бальнеотерапия должна быть строго дифференцирована. При преобладании вегетососудистых нарушений и анемии назначают *жемчужные*

ванны. Ванны и влагалитические орошения *радоном* показаны в любом возрасте при миомах, сопровождающихся АМК и анемией (при размерах миомы не более 12 нед.). При миоме матки с длительностью не более 5 лет и у пациенток, не планирующих беременность, можно применять *йодобромные ванны*.

Иглорефлексотерапия показана при миомах с АМК.

Консервативная медикаментозная терапия направлена на уменьшение тяжести клинических симптомов, торможение роста опухоли и уменьшение ее размеров, предотвращение развития в миоматозных узлах вторичных изменений, как предоперационная подготовка или при отказе от оперативного лечения. При назначении медикаментозной терапии учитывается ее возможная эффективность, безопасность, переносимость и экономическая рентабельность.

При АМК в качестве негормональных препаратов применяют антифибринолитики, к которым относится *транексамовая кислота*. Это синтетический ингибитор фибринолиза. По механизму действия превосходит аминокaproновую кислоту в 20–30 раз и снижает менструальную кровопотерю на 40 %. С этой целью транексамовая кислота назначается по 0,5–1,0 г 3 раза в день, 5–7 дней.

Уменьшают кровопотерю и *нестероидные противовоспалительные препараты* (ацетилсалициловая кислота, диклофенак, индометацин, ибупрофен, мелоксикам и др.). Этамзилат натрия эффективен только при тромбоцитопении.

Консервативная терапия миомы матки предполагает использование следующих групп препаратов: гестагены, антиэстрогены, антипрогестины, антигонадотропные средства, гормональные контрацептивы, антагонисты гонадотропных релизинг-гормонов, aГН-РГ, а также высокоселективные блокаторы ароматазы, блокаторы рецепторов прогестерона, селективный блокатор циклооксигеназы-2, антифибротики, ингибиторы ангиогенеза, иммуномодуляторы.

Современным медикаментозным методом лечения миомы матки является ***гормонотерапия***. Эффективность гормональной терапии зависит от характера гормональных нарушений, наличия и плотности гормональных рецепторов в миоматозных узлах и миометрии. В миомах, где превалирует стромальный компонент, и в узлах больших размеров, число гормональных рецепторов минимальное. Гормональная терапия у таких пациенток мало эффективна.

Из гормональных препаратов назначаются *прогестагены*. Они не влияют на стабилизацию или уменьшение роста миоматозных узлов. Их используют на протяжении непродолжительного времени при АМК, а также с целью профилактики и лечения гиперпластических процессов эндометрия и диффузной формы аденомиоза, сопряженных с миомой матки.

Прогестагены оказывают и центральное действие на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему. Они уменьшают секрецию стероидных

гормонов яичниками; вызывают децидуальную и секреторную трансформацию эндометрия, приводя к ее атрофии при использовании в непрерывном режиме; способствуют преобразованию эстриола в менее активный эстрон; блокируют синтез простагландина E₂. Эффективность перорально назначаемых прогестагенов (норколут и др.) для уменьшения кровопотери составляет 25–50 %. При наличии субмукозной миомы матки терапия прогестагенами нецелесообразна.

Только при УЗИ выявляются миоматозные узлы размерами до 15 мм, так как они не дают никакой симптоматики. Миома матки на этой стадии с патогенетической точки зрения еще управляема естественным гормональным фоном и не приобрела автономных механизмов роста. *Пассивное наблюдение таких пациентов недопустимо.* Обязательно должна проводиться профилактика дальнейшего роста узлов. Для этой цели лучше применять гестагены третьего поколения. Одним из представителей этого поколения гестагенов является дезогестрел, который оказывает блокирующее влияние на рецепторы прогестерона и способен стабилизировать миоматозные узлы до 15 мм.

При миоме матки уменьшают кровопотерю **КОК**, которые подавляют репродуктивную функцию: яичники уменьшаются в размерах, фолликулы атрофируются, эндометрий претерпевает обратное развитие и др. При применении КОК в терапии миомы матки *лечебный эффект минимален*: препараты способны лишь остановить рост миоматозного узла, размер которого не превышает 2 см в диаметре, но не уменьшают размеры миомы. Однако, когда высока восприимчивость рецепторов к лекарственным компонентам КОК, рост миомы матки может быть стремительным. Таким образом, препараты этой группы подтверждают свою «непрофильность» в лечении миомы матки.

«Золотым» стандартом, способным не только уменьшить симптоматику, но и воздействовать на размеры миоматозных узлов, являются **аГН-РГ**. Препараты этой группы (бусерелин, декапептид-депо, диферелин, люкрин) резко увеличивают синтез ФСГ и ЛГ и по типу обратной связи снижают синтез гонадотропинов. Недостатками применения аГН-РГ является развитие менопаузальных симптомов, снижение минеральной плотности костей. Продолжительность лечения ограничена 6 мес. После отмены через 2–3 мес. миоматозные узлы приближаются к исходным размерам.

Для сохранения высокой клинической эффективности длительной терапии и предупреждения побочных явлений рекомендовано использование нескольких стратегий применения аГН-РГ:

- Add-back режим — сочетание аГН-РГ с небольшими дозами эстрадиола;
- On-off режим — терапия аГН-РГ прерывистыми курсами (трехмесячная терапия с трехмесячным перерывом до 2-х лет);

- Drow-back — применение высоких доз аГН-РГ в течение 8 недель с переходом на пониженные дозы препарата в течение 18 недель.

Эти препараты являются эффективным средством предоперационной подготовки пациенток с анемией или для уменьшения размеров миомы. Однако после их применения *при последующей миомэктомии затрудняется определение границ узла с нормальной тканью миометрия.*

Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (оргалутран, фирмагон, центропид) в эффективной дозе через 28 дней уменьшают объем матки. Препараты этой группы не являются лекарственными средствами для лечения миомы. Их можно только использовать при вспомогательных репродуктивных технологиях у пациенток с миомой матки.

Модуляторы рецепторов прогестерона подавляют рост миомы. К ним относятся: агонисты прогестерона; антагонисты прогестерона (мифепристон); вещества со смешанным действием агонистов и антагонистов прогестерона — СМПР: улипристала ацетат, азоприснил.

Антигестагены (мифепристон), СМПР I поколения. Их применение при миоме матки ограничено: они блокируют рецепторы прогестерона и глюкокортикоидов. В результате снижается тяжесть АМК; уменьшаются размеры матки и незначительно сокращаются размеры миоматозных узлов. Длительный прием их вызывает гиперплазию эндометрия и АМК. Поэтому для консервативного лечения миомы матки широкого распространения мифепристон не получил.

Селективные модуляторы прогестероновых рецепторов II поколения — инновационная стратегия органосохраняющей терапии миомы матки. Это новая и перспективная группа лекарственных препаратов, которые позволяют отсрочить или избежать оперативное вмешательство.

Улипристала ацетат — это пероральный СМПР II поколения, характеризующийся эффектом антагониста и агониста прогестерона. У большинства пациенток (более 90 %), принимавших УПА, маточное кровотечение прекращалось, аменорея наступала в течение 10 дней, объем миомы уменьшался более чем на 20 %. Однако УПА индуцирует доброкачественные гистологические изменения эндометрия, которые исчезали через 6 мес. после окончания терапии. Он улучшает качество жизни и вызывает значительно меньшее количество побочных реакций (приливы, остеопороз, депрессия и др.) по сравнению с аГН-РГ. После завершения курса лечения возобновление нормального менструального цикла происходит в течение 4 нед. *При последующей миомэктомии отсутствуют трудности определения границ узла, так как УПА не трансформирует псевдокапсулу миомы.*

Рост миомы матки после отмены препарата не возобновляется, так как он стимулирует апоптоз в клетках миомы, препятствуя рецидиву, в том числе и после миомэктомии. Лечение УПА вызывает более выраженный эффект и сохраняется дольше, чем после применения других гормо-

нальных препаратов. Назначается курсами по 5 мг ежедневно в течение 3 мес. с перерывом в 1 мес. Повторные назначения 3-месячных курсов терапии позволяют эффективно контролировать кровопотерю и уменьшить размеры опухоли.

Наиболее значимыми методами нехирургического лечения миомы матки являются *ЭМА* и *неинвазивная деструкция тканей высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком ((MRgFUS-терапия) под контролем МРТ.*

Перспективным методом при лечении миомы матки является *ЭМА*. Миниинвазивность эндоваскулярного вмешательства, проводимого под местной анестезией; эффективность метода, приводящего к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки; сохранение репродуктивной функции; короткий срок госпитализации — важные и определяющие факторы этого метода. После ЭМА миоматозные узлы уменьшаются в объеме на 50–60 %. В отдельных случаях необходимо удалять миоматозные узлы (второй этап — хирургический). Метод малоэффективен при шеечно-перешеечном расположении узла, бедном кровообращении миомы (ИР выше 0,6), сочетании миомы с диффузной формой аденомиоза.

Клинический эффект *MRgFU-S-терапии* составляет около 90 %, дает длительную ремиссию. Метод эффективен при лечении типичных форм миомы матки (с преобладанием соединительнотканного компонента, без или с минимальными вторичными изменениями) и неэффективен при «клеточных» миомах и узлах с деструктивными изменениями. Может быть проведена повторная MRgFUS-терапия при рецидивах роста миомы матки, возврате симптомов заболевания и при отсутствии противопоказаний, так как ограничений для повторных процедур не установлено.

Лапароскопическая ОМА сопровождается меньшей выраженностью боли после процедуры, требует меньшей аналгезии и менее длительного пребывания в стационаре, чем ЭМА.

Криомиолиз приводит к редукции узлов миомы через 6–12 мес. после операции более чем на 60 %.

Единственным радикальным методом хирургического лечения миомы матки является экстирпация матки. Соотношение радикальных операций при миоме матки и органосохраняющих составляет 95 к 5 %. У пациенток репродуктивного возраста на первом месте остается органосохраняющая методика — консервативная миомэктомия.

Показаниями к хирургическому лечению являются: обильные АМК, приводящие к анемии; хроническая тазовая боль, значительно снижающая качество жизни; нарушение функции соседних с маткой органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточник); большой размер опухоли (более 12 нед. беременности); быстрый рост опухоли (увеличение более чем на 4 нед. в течение года); рост опухоли в менопаузе; подслизистое расположение узла миомы; нарушение репродуктивной функции; бесплодие при отсутствии других причин.

Методов диагностики, которые бы могли выявить все патологические очаги миомы матки ни до операции, ни в ее процессе не существует. Риск рецидивов после органосохраняющих операций составляет 15–45 %: при единичном узле до 30 %, а при множественных узлах около 60 %.

В перименопаузе рост миомы матки связан со *снижением апоптоза и наличием очагов пролиферации*. Предпочтительным вариантом лечения миомы матки в перименопаузе является медикаментозный, а именно гормональный, при отсутствии *строгих показаний к хирургическому лечению*. Наиболее эффективными гормональными препаратами являются аГн-РГ. Применение гестагенов оправдано как симптоматическое лечение при сочетании небольших размеров миомы матки с гиперпластическими процессами эндометрия и аденомиозом. Антипрогестины (мифепристон) применяются в качестве адъювантной терапии пациенток с миомой матки. Эффективны СМПП II поколения (УПА). В качестве монотерапии у женщин перименопаузального возраста из препаратов с преимущественно антигонадотропным действием также можно применять даназол.

Значительно и быстро уменьшаются размеры миомы матки после применения ингибитора ароматазы летрозола и нестероидного ингибитора ароматазы фадрозолола у женщин в перименопаузе.

Аналоги соматостатина (ланреотид — антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов) индуцируют уменьшение объема матки в течение 3 мес. применения более чем на 40 % и могут быть потенциально новым направлением в терапии миомы матки в перименопаузе.

У пациенток в перименопаузе консервативная миомэктомия целесообразна только при нереализованной репродуктивной функции и категорическом отказе женщины от гистерэктомии.

В постменопаузе миома матки имеет особенности морфологического строения, обусловленные *повышением уровня апоптоза и снижением пролиферативной активности*. В постменопаузе миоматозные узлы подвергаются инволюции. Наименьшие изменения претерпевают узлы, имеющие повышенную экзогенность (фибромиомы).

В периоде постменопаузы показатели уровня экспрессии рецепторов к половым стероидным гормонам достоверно ниже, чем в других возрастных группах. У женщин в постменопаузе клетки миомы для поддержания собственного роста способны синтезировать достаточное количество эстрогенов. Эстрогены, локализованные в опухолевых клетках, происходят из ароматизации *in situ* в патологически нарушенной ткани, и они действуют локально как миотический фактор, способствующий росту опухоли независимо от концентрации эстрогенов в сыворотке крови. У женщин в постменопаузе циркулирующие эстрогены происходят главным образом из периферической конверсии андрогенов.

Увеличение матки и/или миомы матки в постменопаузе, если оно не вызвано менопаузальной гормональной терапией (МГТ), требует исключения гормонопродуцирующей опухоли яичников или саркомы матки.

Рост миомы матки в постменопаузе является показанием к хирургическому лечению — гистерэктомии. При интерстициально-подслизистых узлах миомы в постменопаузе и отсутствии патологических изменений эндометрия и яичников показано наблюдение гинеколога.

В постменопаузе допустимо применение синтетического модулятора эстрогенных рецепторов — релоксифена, синтетического нестероидного препарата, который значительно уменьшает размеры миомы в постменопаузе и эффект поддерживается в течение 2 лет после окончания терапии.

Остановить процесс регресса узлов миомы матки и, в некоторых случаях, даже стимулировать их рост, может менопаузальная гормональная терапия. Добавление гестагенного компонента не уменьшает этот риск. Трансдермальные и инъекционные формы эстрогенов в сочетании с прогестагенами способствуют увеличению размеров и числа узлов миомы. Пероральная МГТ не вызывает значимого увеличения миомы матки. Препараты можно назначать, если у женщины имеется не более 2–3 узлов до 3 см (кроме субмукозных). Такие пациентки подлежат динамическому ультразвуковому наблюдению с доплерометрией один раз в 6 мес. Для лечения климактерического синдрома у женщин с миомой матки как альтернатива возможно применение фитоэстрогенов (соевых изофлавинов — экстровел, инокрим, бонисан), которые не приводят к увеличению размеров миоматозных узлов.

Повышенным риском развития **рака эндометрия** является наличие миомы матки. Риск увеличивается при выявлении миомы после 30 лет; длительном существовании опухоли; у женщин с ожирением (ИМТ более 25, особенно в молодом возрасте); в перименопаузе. Поэтому в период перименопаузы следует проводить регулярное УЗИ органов малого таза с оценкой толщины и эхоструктуры эндометрия не реже одного раза в год.

Медицинская реабилитация после хирургического лечения миомы матки. Медицинская реабилитация пациенток начинается с выбора оперативного доступа: лапароскопического или лапаротомического. Предпочтение отдается лапароскопическому.

Одной из проблем во время операции миомэктомии является интраоперационное кровотечение. Для этого используют сосудосуживающие медикаментозные средства и разнообразные способы механической окклюзии маточных сосудов (жгуты, перевязка, коагуляция или эмболизация маточных артерий).

Возникновение послеоперационного спаечного процесса является также проблемой миомэктомии. Современным способом его профилактики служит интраоперационное применение барьерных способов (сетки, гели,

растворы). К новым направлениям относятся кондиционирование брюшной полости во время эндоскопической операции с контролируемым режимом температуры, влажности и дополнительное использование кислорода.

В послеоперационном периоде медицинская реабилитация включает:

- психологическую реабилитацию (особенно после экстирпации матки часто возникают депрессивные состояния);
- седативную терапию: медикаментозную (малые нейролептики, транквилизаторы); фитотерапию; электрофорез магнезии (брома) «воротниковой» зоны ежедневно или через день до 12 процедур; электросон; музыкотерапию;
- профилактику и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза. С этой целью назначаются антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия, нитрофураны, метронидазол, противогрибковые средства;
- улучшение микроциркуляции: антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины, дипиридамол (курантил), пентоксифиллин (трентал), ацетилсалициловая кислота и др.);
- профилактику спаечного процесса в малом тазу: ЛФК; рассасывающую терапию (тиосульфат натрия, дистрептаза, лонгидаза, сернокислая магнезия); системную энзимотерапию (вобензим); физиотерапевтические методы: электрофорез Cu, Zn, Mg; ультразвук на низ живота 10 процедур; магнитотерапия низкочастотная по 20 мин, 10–15 процедур; ультразвук с биокартаном на низ живота;
- с целью профилактики рецидива миомы матки после миомэктомии проводится гормонотерапия (УПА, прогестагены, аГН-РГ) в течение 3–6 мес.; не беременеть в течение одного года после операции;
- санаторно-курортное лечение (бальнеолечение).

Пациенткам после хирургического лечения миомы матки рекомендуется рациональное сбалансированное питание с ограничением мучного, сладкого, кислого, соленого, жареного, специй и употребление пищи, богатой белками и витаминами (нежирные сорта мяса, рыбы, кисломолочные продукты, гречневая и овсяная крупа, овощи, соки, минеральные воды); исключение перегрева и тепловых процедур (бани, парилки, сауны, солярий).

ТЕМА 6

ВЛИЯНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИНЫ

Основные клинические исходы у пациенток с миомой матки характеризуются существенным снижением вероятности наступления беременности (бесплодие), имплантации и рождения живого ребенка.

Беременность при миоме матки чаще донашивается. Однако возможны осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Характер их зависит от расположения узлов и их величины. Субсерозные узлы в теле матки на широком основании и небольшие интерстициальные узлы реже осложняют течение беременности.

Нарушение репродуктивной функции в большей степени характерны для субмукозной миомы матки. Они чаще вызывают бесплодие, прерывание беременности на ранних сроках, являются причиной поперечного и косого положения плода, предлежания плаценты. Миоматозные узлы, расположенные в нижнем сегменте, могут сдавливать прямую кишку. Вероятность самопроизвольного выкидыша у пациенток с одним миоматозным узлом в 2 раза ниже, чем у женщин со множественной миомой.

Механизмы, которые вызывают бесплодие и/или невынашивание при миоме матки, следующие: деформация контура эндометрия; имплантация непосредственно над миомой; дискордантность роста и созревания эндометрия; нарушение пара- и аутокринной регуляции факторов роста в миометрии и эндометрии; анатомическая деформация полости и контуров матки (деформация маточных труб); изменение сократительной способности миометрия.

Во время беременности высокий уровень половых гормонов казалось бы должен поддерживать рост миомы. Однако рост существует только в I триместре, приостанавливаясь или даже меняясь на тенденцию к сокращению размеров опухоли в более поздние сроки беременности.

На исходы ЭКО негативное влияние оказывают миомы с субмукозным расположением узла. Частота наступления беременности при них снижена почти в 4 раза. При субсерозной и интрамуральной форме миомы матки (средний размер узлов не более 5 см) частота беременностей не отличается от этого показателя у пациенток, у которых нет миомы матки. Интрамуральные миомы матки больших размеров (более 5 см) негативно влияют на частоту наступления беременности и должны быть удалены перед ЭКО. Однако у женщин, ожидающих наступление спонтанной беременности, удалять такие миомы не следует, так как существует риск формирования спаек после миомэктомии, и, как следствие, развитие тубо-овариального бесплодия. Частота наступления самопроизвольной беременности после миомэктомии составляет более 50 %.

Во время беременности большинство миом матки протекает бессимптомно. **В I триместре** возможно развитие таких осложнений, как рост миомы, угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш, кровотечение, гипоплазия хориона.

Во II триместре может отмечаться быстрый рост опухоли и нарушение питания миомы, низкая плацентация, истмико-цервикальная недостаточность, плацентарная недостаточность, задержка развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия.

В III триместре миома матки может быть причиной неправильного предлежания и положения плода, угрожающих преждевременных родов, пла-

центарной недостаточности; гипоксии и гипотрофии плода, ПОНРП, разрыва матки. Риск ПОНРП увеличивается в 3 раза, предлежания плаценты в 2 раза.

Развитие осложнений во время беременности зависит от размеров миоматозных узлов; их количества; локализации относительно слоев матки, плаценты и нижнего маточного сегмента. Боль отмечают беременные во II и III триместрах при размере миомы более 5 см. Выкидыши чаще бывают у женщин с интрамуральным расположением узлов и реже при расположении миомы в области нижнего сегмента матки. Кровотечение на ранних сроках беременности бывают тогда, когда плацента формируется над и/или под узлом или близко к нему. Миомы матки больших размеров могут деформировать внутриматочную полость и способствовать формированию деформаций и уродств плода (боковое сжатие черепа плода, кривошея, укорочение конечностей плода).

Во время беременности миомэктомия относительно безопасна для плода во II и III триместрах. Показаниями для миомэктомии при беременности служат: большие размеры опухоли; перекрут ножки узла миомы; ущемление узла в малом тазу; быстрый рост узла, вызывающий дискомфорт; некроз миоматозного узла; боль в животе; расстояние между миомой и полостью матки более 5 мм, во избежание вскрытия плодного пузыря во время оперативного вмешательства. Беременную после миомэктомии любым доступом следует рассматривать как пациентку с повышенным риском осложнений.

При появлении болей в области миоматозного узла беременная должна быть срочно госпитализирована. При болях показано консервативное лечение: постельный режим, анальгетики, спазмолитики. Нестероидные противовоспалительные средства следует применять с осторожностью в III триместре. При сильных болях следует проводить эпидуральную анестезию или хирургическое лечение. После консервативной миомэктомии во время беременности родоразрешение выполняется путем операции кесарева сечения.

Ведение беременных в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии включает:

- профилактику гнойно-септических осложнений;
- токолитическую терапию: сульфат магния; ингибиторы простагландинов (индометацин); блокаторы кальциевый каналов (нифедипин); блокаторы рецепторов окситоцина (атозибан) и др. в течение 3–4 дней после операционного периода;
- проведение УЗИ на 4 сут, а в дальнейшем через 2 нед.

Показаниями к миомэктомии во время кесарева сечения являются субсерозные узлы на тонком основании; субсерозные узлы на широком основании, исключая узлы, расположенные на сосудистых пучках и в нижнем сегменте матки; узлы в области разреза на матке при кесаревом сечении.

ТЕМА 7

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Эндометриоз — патологический процесс, формирующийся на фоне нарушенных гормонального и иммунного гомеостаза, характеризующийся разрастанием вне полости матки ткани, имеющей морфологическое сходство с эндометрием и подвергающейся циклическим изменениям соответственно менструальному циклу. Эндометриоз обладает способностью к инфильтративному росту в окружающие ткани и органы с их деструкцией, распространяться по кровеносным и лимфатическим сосудам и диссеминировать. Эндометриоз наблюдается у 10–50 % женщин репродуктивного возраста.

Бесплодие — наиболее частый и грозный спутник этого заболевания. В структуре причин женского бесплодия эта патология занимает второе место после воспалительных заболеваний матки и придатков. Бесплодием страдают в среднем 46–50 % женщин с диагнозом «эндометриоз».

Бесплодие при эндометриозе характеризуется мультифакторностью.

Причинами его являются нарушение процесса овуляции, образование спаек в малом тазу и неполноценность эндометрия. Повышение уровня простагландинов F_{2a} из-за воспалительной реакции в окружающих эндометриоидные очаги тканях приводит к дискоординации функции маточных труб и миометрия. В очаге воспаления возрастает также количество макрофагов — клеток, обладающих способностью поглощать продукты распада тканей, бактерии и, самое главное, сперматозоиды.

Генитальный эндометриоз может быть *внутренним и наружным*. *Внутренний эндометриоз* — это эндометриоз тела матки (аденомиоз) и интерстициальных участков маточных труб. Возникновению этой формы способствуют аборты, диагностические выскабливания полости матки, любые внутриматочные манипуляции, а также нарушение закладки клеток эндометрия в первые месяцы роста и развития плода. Внутренний эндометриоз тела матки чаще имеет характер диффузного процесса, реже наблюдаются очаговая и узловатая формы. Для аденомиоза характерны альгоменорея, АМК, приводящие к анемии пациенток.

К наружному эндометриозу относится поражение шейки матки, влагалища, яичников, маточных труб, тазовой брюшины, крестцово-маточных и широких маточных связок. Эндометриоз влагалища часто сочетается с пороками развития матки и эндометриозом шейки матки.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки развивается после деструктивных методов лечения псевдоэрозий шейки матки и травматизации шейки матки (при внутриматочных вмешательствах, в родах и т. д.). Он может иметь вид псевдоэрозий с наличием желез, заполненных геморрагическим содержимым. Для данной локализации боли не характерны.

Эндометриоидные гетеротопии могут образовываться на задней поверхности шейки матки, в области перешейка и на уровне прикрепления крестцово-маточных связок (ретроцервикальный).

Эндометриоз маточных труб чаще выявляется в сочетании с патологией матки и яичников. Эндометриоидные гетеротопии локализуются в серозном или субсерозном слое трубы. Эти гетеротопии относятся к «малым» формам эндометриоза.

Эндометриоз яичников отмечается в виде очагов эндометриозной ткани в корковом слое, на поверхности яичников и эндометриоидных кист. Эндометриоидные кисты могут быть односторонними или двусторонними; имеют величину от 0,5 до 10 см в диаметре; с плотной капсулой; спаечным процессом в малом тазу; геморрагическим содержимым цвета дегтя или шоколада.

Эндометриоз брюшины маточно-прямокишечного углубления и крестцово-маточных связок сочетается чаще всего с другими локализациями. Изолированное поражение их наблюдается у женщин, страдающих бесплодием.

Чаще наблюдается сочетание разных форм генитального эндометриоза; генитального эндометриоза с другими заболеваниями половых органов (миома, воспалительные процессы женской половой системы); генитального и экстрагенитального эндометриоза. Узловая форма аденомиоза в сочетании с миомой матки выявляется у 60 % пациенток.

К экстрагенитальному эндометриозу относятся эндометриоз мочевого пузыря; кишечника; послеоперационного рубца на передней брюшной стенке; почек; легких; костей; конъюнктивы глаз и гортани.

При наличии спаечного процесса в малом тазу появляются дизурические и гастроинтестинальные расстройства (запоры, вздутие живота). Отмечается длительное течение эндометриоза с упорным болевым синдромом, что ведет к снижению качества жизни и трудоспособности пациенток.

Женщины, подверженные стрессам, чаще страдают эндометриозом. Это объясняется тесной зависимостью между нервной и гормональной системами, а также тем, что стресс снижает иммунитет.

В периоде менопаузы эндометриоидные очаги подвергаются регрессу.

В настоящее время существуют три основных способа лечения эндометриоза: консервативный, хирургический и комбинированный. У каждого метода существуют свои положительные и отрицательные стороны, сфера применения.

Консервативное лечение используется в случае необходимости сохранения детородной функции женщины в молодом возрасте или пременопаузе и на этапе подготовки к хирургическому лечению. В основе консервативного лечения лежит гормональная терапия. По окончании курса лечения у пациенток, страдающих бесплодием, вероятность восстановления репродуктивной функции достигает 50 %.

Основным принципом лечения больных эндометриозом на сегодняшний день является адекватное хирургическое вмешательство с последующей гормональной, иммуномодулирующей и реабилитационной терапией. Оперативное лечение является обязательным этапом комплексной терапии. Приоритетный метод — лапароскопическая техника. Одним из преимуществ лапароскопического доступа является то, что этот метод позволяет выявить и удалить трудно доступные для прямой визуализации очаги, которые, несмотря на кажущиеся иногда незначительные размеры, могут быть глубоко проникающими.

Ретроцервикальный эндометриоз признан гистологически активно прогрессирующим заболеванием. Он обычно бывает представлен инфильтратом крестцово-маточных связок, задней стенки влагалища, передней стенки прямой кишки, а в наиболее тяжелых случаях — инфильтратом параметральной клетчатки с вовлечением магистральных сосудов и дистальных отделов мочеточников. Множественное поражение смежных органов и клетчаточных пространств малого таза наблюдается в 59,9 % случаев, поражение дистальных отделов толстой кишки в 35,1 % (из них обтурация кишки у 48,6 %), поражение мочевыводящего тракта у 5 %.

Ретроцервикальный эндометриоз это хирургическая проблема. Гормонотерапия малоэффективна, но ее грамотное применение в послеоперационном периоде позволяет уменьшить рецидив ретроцервикального эндометриоза более чем в 2 раза.

Консервативное лечение **аденомиоза** проводится комплексом современных гормональных препаратов. Она показана при небольших размерах одиночного очага аденомиоза или начальных формах диффузного аденомиоза у женщин репродуктивного возраста или в пременопаузальный период (аденомиоз 1 степени).

Пациенткам репродуктивного возраста при наличии противопоказаний или категорическом нежелании оперироваться показана терапия агн-РГ с последующим назначением низкодозированного КОК в пролонгированном (непрерывном) режиме в течение 1 года, далее в обычном режиме. При аденомиозе 2–4 степени, обильных анемизирующих кровотечениях и болях показано оперативное лечение после предоперационной гормонотерапии.

Тактика хирургического лечения зависит от степени распространения и формы аденомиоза, а также от репродуктивных планов пациентки и ее желания сохранить матку. У пациенток репродуктивного возраста даже при наличии распространенных форм эндометриоза следует выполнять реконструктивно-пластические операции.

При аденомиозе выделяют следующие формы:

- диффузная с частотой встречаемости 50–70 %;
- узловая, встречается у 3–8 % пациенток;
- смешанная форма.

Показаниями к оперативному вмешательству при аденомиозе являются наличие диффузной формы аденомиоза 3–4 степени; узловые или смешанные формы аденомиоза при отсутствии эффекта гормонотерапии (длительные кровотечения, сопровождающиеся анемией; выраженный болевой синдром); сочетание с другими патологическими процессами в матке (миома матки, патология эндометрия, патология шейки матки); сочетание с опухолями яичников.

Эндометриоз яичников. Медикаментозное (гормональное) лечение при небольших размерах эндометриодных кист (до 3 см) позволяет сохранить овариальный и фолликулярный резерв и, как следствие, фертильность женщины. Гормональное лечение приводит к регрессу эндометриодных поражений, создавая состояние гипоэстрогении или доминирования прогестагенного влияния. Недопустимо длительное медикаментозное лечение эндометриодных кист яичников, которое хоть и может приводить к уменьшению размеров образования и толщины его капсулы, но противоречит принципам онкологической настороженности.

Лапароскопия — «золотой» стандарт при наличии эндометриоза яичников и бесплодии. Основной принцип — сохранение овариального резерва, максимально щадящее отношение к ткани яичника при максимально возможном удалении очагов эндометриоза.

Пациенткам с эндометриозом яичников, которым в послеоперационном периоде планируется назначение аГН-РГ, во время лапароскопии желательно брать ткань яичника для криоконсервации для последующего «возврата размороженной ткани яичников» (ортотопическая аутотрансплантация) с целью повышения уровня антимюллерового гормона, понижающегося после операции и терапии аГН-РГ.

Тактику послеоперационного ведения пациенток с эндометриодными образованиями яичников определяет их морфологическое строение: железисто-кистозный (эндометриома) или кистозный (эндометриодная киста) вариант. Пациенткам с эндометриомой в послеоперационном периоде показано назначение гормональной терапии (аГН-РГ). При эндометриодной кисте с кровотоком в стенке образования до операции целесообразно использовать КОК в течение 3 месяцев. При наличии аваскулярной эндометриодной кисты в послеоперационном периоде гормональная терапия не показана.

Целью лечения и медицинской реабилитации при эндометриозе является купирование клинической симптоматики, удаление очагов эндометриоза, восстановление репродуктивной функции и профилактика рецидивов.

Лечение эндометриоза должно быть строго индивидуальным. При выборе методов реабилитации важное значение имеют возраст пациентки; распространенность заболевания; выраженность симптомов; продолжительность бесплодия и планы семьи по деторождению; наличие сопутствующих заболеваний. На основании этого планируется комплексная ме-

дикаментозная терапия эндометриоза, ведущими составляющими которой являются: гормонотерапия; коррекция иммунных нарушений; воздействие на антиоксидантную терапию; подавление синтеза простагландинов; активация функции печени и поджелудочной железы; коррекция заболеваний, затрудняющих применение гормонов; рассасывающая терапия; нейротропное воздействие.

Гормональной терапии принадлежит важная роль. Целью ее является угнетение гипоталамо-гипофизарной системы для развития атрофических изменений в ткани эндометриальных гетеротопий. Однако гормональная терапия не ликвидирует морфологический субстрат эндометриоза, что объясняет ее невысокие симптоматические и клинические эффекты.

Универсального препарата, излечивающего от этого заболевания, в настоящее время нет. В клинической практике для лечения генитального эндометриоза используют следующие гормональные препараты:

- КОК;
- прогестагены;
- антиэстрогены;
- антипрогестины;
- ингибиторы гонадотропинов;
- агонисты гонадолиберина.

Основным механизмом действия **КОК** является подавление эстрогенного влияния на эктопированный эндометрий. Однако эстрогены в составе КОК могут оказывать нежелательное обратное влияние, поэтому в большинстве стран официально эти препараты не признаны методом лечения эндометриоза. Пероральные контрацептивы с высоким содержанием прогестинов (особенно диеногеста) эффективны при использовании их в пролонгированном или непрерывном режиме в течение не менее 9 мес. **для профилактики рецидивов эндометриоза.** Лечение начинают с одной таблетки, затем дозу увеличивают на одну таблетку в день. Обычная доза в течение 9 мес. 2–3 таблетки в день. После лечения беременность наступает в 25–50 % случаев. Частота рецидивов через один год составляет до 20 %.

Специфическая терапия эндометриоза, одобренная международными профессиональными ассоциациями, предусматривает применение гестагенов, аГН-РГ и даназола.

Применяют прогестагены:

- *медроксипрогестерон* в/мышечно 150 мг депонированного вещества 1 раз в 2 нед. или внутрь 30 мг в сутки с 11 по 25 день цикла в течение 6–9 мес.;
- *диеногест* по 2 мг ежедневно непрерывно в течение 6 мес. с последующей оценкой целесообразности дальнейшей терапии (применение препарата возможно в течение 4 лет и более);
- ЛНГ-ВСМ «*Мирена*» эффективна для послеоперационного *противорецидивного* лечения.

Агонисты ГН-РГ — «золотой» стандарт лечения эндометриоза в связи с их высокой эффективностью:

- бусерелин по 3,75 мг в/мышечно 1 раз в 28 дней;
- гозерелин подкожно по 3,6 мг 1 раз в 28 дней или 10,8 мг 1 раз в 12 нед.;
- трипторелин в/мышечно по 3,37 мг 1 раз в 28 дней;
- луприд депо в/мышечно по 3,75 мг 1 раз в 28 дней.

Наиболее эффективна терапия **гозерелином**. Длительность лечения составляет 3–6 мес. При появлении выраженных побочных явлений, связанных с развитием гипозрогенного эффекта, показана заместительная гормональная терапия в непрерывном режиме (тиболон, фемостон и др.).

Гестринон — препарат, обладающий андрогенным, антипрогестагенным и антиэстрогенным действием. Назначается внутрь, начальная доза 2,5 мг (в некоторых случаях 5 мг) 2 раза в неделю в течение 3–6 мес.

Даназол — андрогенный стероид. Эффективная доза составляет 400–800 мг в день в течение 4–9 мес. Меньшие дозы препарата приводят только к симптоматическому облегчению. После отмены беременность наступает в среднем в 60 % случаев. Частота рецидивов наиболее высока (до 25 %) в течение первого года после прекращения приема препарата. Использование даназола ограничено из-за побочных эффектов, обусловленных гипозрогенным состоянием и его андрогенными свойствами.

Современный подход к лечению пациенток с эндометриозом состоит в комбинации хирургического метода, направленного на максимальное удаление эндометриoidных очагов, и гормономодулирующую терапию.

Эффект хирургического лечения зависит не только от объема и метода (лапароскопия, лапаротомия, влагалищный доступ), но также от медикаментозной терапии и реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде, особенно при необходимости восстановления репродуктивной функции. Успех оперативного лечения в целях восстановления репродуктивной функции зависит от распространенности эндометриоза: при 1 стадии он составляет до 60 %, а при распространенном в 2 раза меньше.

Комплекс гормональных лечебно-реабилитационных мероприятий при эндометриозе зависит не только от формы эндометриоза, но и от степени его распространенности и проводится поэтапно. Клиническая классификация эндометриоза тела матки, эндометриoidных кист яичников и ретроцервикального эндометриоза позволяет выделить четыре стадии распространения.

При эндометриозе I–II стадии:

- 1 этап — гормонотерапия аГН-РГ в течение 6–9 мес.;
- 2 этап — это реабилитационные мероприятия, которые зависят от возраста пациентки и заинтересованности в беременности. В репродуктивном возрасте беременность может наступить после отмены аГН-РГ или после применения вспомогательных репродуктивных технологий. При незаинтересованности в беременности таким пациенткам назначаются микро-

дозированные КОК с высоким содержанием прогестагенов. В пременопаузальном периоде 2-й этап реабилитации заключается в заместительной гормональной терапии.

При эндометриозе III–IV стадии:

- 1 этап — предоперационная подготовка аГН-РГ в течение 2–3 мес.;
- 2 этап — хирургический (органосохраняющая операция);
- 3 этап — противорецидивная гормональная терапия аГН-РГ 3–4 мес.;
- 4 этап — реабилитационные мероприятия такие же, как и при эндометриозе I–II стадии. Длительность противорецидивного гормонального лечения после операции составляет 3–5 лет и более.

Для коррекции иммунных нарушений назначают:

- иммунал, ликопид, метилурацил, тималин, т-активин, полиоксидоний, циклоферон, генферон и другие препараты в среднетерапевтических дозах. У пациенток с распространенными формами эндометриоза до и после операции применяют декарис (повышает действие гормонов): по 18–20 мг 1 раз в день 3 дня с интервалом 4 дня, 4 курса;

- *препараты растительного происхождения:* экстракты из растений семейства аралиевых (женьшень, элеутерококка, аралии манчжурской, лимонника и др.); трава эхинацеи пурпурной; листья мать-и-мачехи; плоды аниса; корни и листья герани, крапива двудомная и др.

Восстановительное лечение эндометриоза компьютерной рефлексотерапией.

Компьютерную рефлексотерапию применяют в лечении всех форм локализации эндометриоза. Лечение основано на восстановлении нейроиммунно-эндокринной регуляции организма и сегментарной иннервации внутренних органов, что приводит к нормализации репродуктивной системы женщины, структуры и функции органов малого таза. Она осуществляется воздействием сверхслабым постоянным током на систему биологически активных точек, связанных в единую сеть с головным мозгом через вегетативную нервную систему человека. Это комплексный метод лечения эндометриоза без применения медикаментов.

Компьютерная рефлексотерапия восстанавливает иммунную систему; нормализует выработку собственных гормонов без назначения гормональных препаратов: уровень эстрадиола снижается, а прогестерона повышается; восстанавливает функцию нервной системы и сегментарную иннервацию органов малого таза. Лечение приводит к нормализации структуры и функции всех органов репродуктивной системы женщины.

- ГБО по 40–60 мин 1–2 раза в сутки 20–25 сеансов.

У пациенток с эндометриозом, особенно с выраженным болевым синдромом, обосновано применение нестероидных противовоспалительных препаратов: индометацина, диклофенака, кеторола и др. Применяют их за 2–3 дня до и во время месячных (внутри или в виде ректальных свечей).

Для уменьшения кровопотери при АМК назначают антифибринолитические препараты (транексамовая кислота).

Спаечный процесс в малом тазу при эндометриозе, в отличие от обусловленных инфекционным фактором заболеваний, отличается тем, что спайки формируются между фиксированными органами и структурами в малом тазу: между задними листками широкой связки матки и яичниками; неподвижным отделом сигмовидной кишки и задней стенкой влагалища, что нередко сопровождается выраженным болевым синдромом.

При проведении рассасывающей терапии показано применение:

• *тиосульфата натрия*, который рассасывает зрелый коллаген: 10 мл 30 % раствора вводится в/венно через день по 15–20 процедур. Можно также микроклизмы 1 % раствора по 50 мл через день 20–30 процедур. Микроклизмы можно сочетать с электрофорезом Zn, Cu, биогенных стимуляторов и ферментных препаратов;

• *сульфата магнезии* 25 % по 10,0 мл в/мышечно 5–10 инъекций;

• *лонгидазы*: ректальные свечи ежедневно или через день 10–20 свечей или 3000 МЕ в/мышечно 1 раз в 5 дней, 10 инъекций;

• *дистрептазы*: по 1 свече 2 раза в день 21 день до начала гормональной терапии; по 1 свече 1 раз в день с 5 по 21 день менструального цикла в течение 2–3 менструальных циклов (в том числе и во время гормонотерапии); по 1 свече 1 раз в день непрерывно 21–42 дня при отсутствии менструального цикла;

• биогенных стимуляторов: экстракт алоэ, стекловидное тело, плазмол, актовегин, солкосерил и др.).

Методики реабилитационной физиотерапии при эндометриозе определяются наличием воспалительного процесса в сочетании с основным заболеванием и сопутствующим спаечным процессом. Особенности воспаления связаны с развитием дисбактериоза и кандидоза на фоне неоправданной антибактериальной терапии (это асептическое воспаление) и нарастание аллергизации организма.

Физиотерапия препятствует рецидивам заболевания.

При выраженном болевом синдроме показан:

• *ультразвук с биокартаном* (10 мл эмульсии гидрокортизона, 12 мл 25 % раствора анальгина, 20 мл экстракта алоэ, 40 г ланолина и 8 г вазелинового масла). Высокий эффект достигается при небольшой продолжительности процедуры. Первые 3 процедуры по 4 мин, затем каждые 3 процедуры продолжительность увеличивается на 1 мин;

• *ультразвук в импульсном режиме*;

• *электрофорез с баралгином*;

• *ультратермотерапия* — воздействие переменным током надтональной частоты (22 кГц) высокого напряжения 3–5 кВ;

• *импульсное электростатическое поле* низкой частоты.

Эффективным методом физиотерапевтического воздействия является *электрофорез*. Наиболее эффективен электрофорез синусоидальными модулированными или флюктуирующими токами в монополярном режиме, а также электрофорез цинка, йода, магния, меди; гальванизация шейно-лицевой области; эндоназальная гальванизация.

Хороший эффект дает *электростимуляция шейки матки*. Наиболее эффективным методом является *магнитотерапия* (особенно в импульсном режиме) с индивидуальным подбором параметров, так как она не противопоказана при наличии небольших эндометриoidных кист яичников.

Бальнеотерапия назначается с общеукрепляющей, тонизирующей или седативной целью. Наиболее эффективны радоновые ванны и влагаллищные орошения. Возможно применение йодобромных, кислородных, жемчужных ванн, циркулярного душа.

В послеоперационном периоде на вторые сутки назначается комплексное физиолечение, включающее ЛФК, ГБО, магнитотерапию, лазеротерапию, ультразвук, электрофорез; магнито-инфракрасно-лазерную терапию.

Санаторно-курортное лечение по сопутствующей патологии можно проводить через 1–2 мес. после операции. Радонолечение целесообразно начинать через 2–3 мес. после операции.

Для устранения психоневрологических нарушений применяют седативную фитотерапию, малые транквилизаторы, физиотерапию, консультацию психотерапевта или психиатра (по показаниям).

ТЕМА 8

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

В структуре гинекологической заболеваемости актуальным и значимым продолжает оставаться хронический эндометрит. Среди воспалительных заболеваний органов малого таза доля хронических эндометритов составляет более 30 %. Максимальная частота данной патологии приходится на возраст 26–35 лет, то есть пик репродуктивной функции женщины.

Хронический эндометрит приводит к нарушению репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО, привычной потери беременности, осложненного ее течения и родов, а также может являться фоном возникновения нарушений менструального цикла и гиперпластических процессов эндометрия.

При хроническом течении эндометрита как правило поражается и миометрий (метроэндометрит). У женщин с бесплодием встречается более чем в половине случаев, достигая своего максимума при наличии трубно-

перитонеального фактора бесплодия. У пациенток с неудачными попытками ЭКО и переноса эмбрионов частота хронического эндометрита возрастает до 60 % и более. Наибольшие показатели распространенности отмечены у пациенток с привычным невынашиванием беременности (более 70 %). Около 90 % случаев хронический эндометрит сочетается с хроническим сальпингоофоритом, хроническим эндоцервицитом и спаечным процессом в малом тазу. У большей половины пациенток наблюдается повышение уровня личностной тревожности с развитием тревожно-депрессивных расстройств, снижение качества жизни.

Ведущими факторами риска хронического эндометрита являются различные инвазивные внутриматочные вмешательства: искусственные аборты, диагностические выскабливания эндометрия, длительное использование внутриматочных контрацептивов, гистеросальпингография, гистероскопия, манипуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Частой причиной заболевания являются воспалительные осложнения после родов и абортов; кесарево сечение; инфекционные поражения шейки матки и влагалища (цервициты, кольпиты, бактериальный вагиноз); нарушения местного и общего иммунитета; деформации полости матки с нарушением циклического отторжения эндометрия; лучевая терапия; грипп и простудные заболевания. Сложность проблемы состоит в том, что после однократного эпизода воспаления в полости матки часто остаются «следы» на всю жизнь.

Резюме секции FIGO (Барселона, 2007): причиной неразвивающейся беременности является хронический эндометрит.

В настоящее время это заболевание рассматривают как клинкоморфологический синдром, при котором в результате персистирующего повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую биотрансформацию и рецепторный аппарат слизистой оболочки тела матки. Основной причиной осложнений хронических воспалительных заболеваний органов малого таза является процесс гиперплазии соединительной ткани, который, с одной стороны, ограничивает очаг воспаления от окружающих тканей, с другой — препятствует поступлению лекарственных веществ и способствует возникновению нарушений репродуктивной функции. Это объясняет недостаточную эффективность терапии хронического эндометрита. Продолжающаяся депрессия локальной фибринолитической активности под влиянием воспалительных факторов усиливает ангиогенез в первичных фибриновых сращениях, что усугубляет морфологические изменения в тканях матки, формирует соединительнотканые фибриновые спайки в строме и/или внутриматочные синехии различной степени выраженности. Основное место в процессе фибриногенеза занимают коллагеновые волокна.

Особенности хронического эндометрита на современном этапе заключаются в следующем:

- скудность симптоматики;
- изменение этиологической структуры с увеличением значимости условно-патогенной и вирусной флоры;
 - преимущественно ассоциативный характер патогенной флоры (не менее чем в 91–96 % случаев);
 - рост резистентности к традиционным методам лечения;
 - разногласия в определении диагностических критериев;
 - несоответствие клинических проявлений и данных осмотра морфологическим изменениям в органе; трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых форм и атипичного течения. У 30–35 % пациенток заболевание протекает без клинической симптоматики;
 - серьезность последствий для репродуктивной сферы в виде формирования синехий и склерозирования полости матки, нарушения менструального цикла, предпосылок для развития гиперпластических процессов эндометрия, невынашивания беременности и бесплодия, неудачное ЭКО;
 - снижение качества жизни женщин ввиду множества клинических проявлений заболевания (расстройства менструального цикла, хронические тазовые боли, диспареуния, бели, психологические проблемы и др.);
 - длительные сроки лечения и его высокая стоимость.

В настоящее время существуют различные классификации хронического эндометрита. Наиболее приемлемой из них, по мнению большинства исследователей, является классификация с учетом этиологического фактора, согласно которой выделяют:

- **неспецифический вариант** вызывают условно-патогенные микроорганизмы: кишечные палочки, стрептококки, стафилококки, протей, фекальные энтерококки, на фоне бактериального вагиноза, внутриматочной контрацепции или лучевой терапии;
- **специфический вариант** вызывают хламидии, гонококки, туберкулезные палочки, микоплазмы, вирусы, грибы, простейшие, паразиты.

По современным представлениям практически все микробы, присутствующие во влагалище, за исключением лакто- и бифидобактерий, участвуют в воспалительном процессе.

Диагностика хронического эндометрита проводится на основе анализа жалоб, клинических симптомов, данных анамнеза, эхографической картины, эндоскопического, микробиологического, морфологического и иммуногистохимического исследований, данных МРТ.

Оценка **иммунного и интерферонового статуса** позволяет проводить обоснованную иммунокоррекцию.

Эхографическое исследование проводят дважды: в первые 1–2 дня после окончания менструации и за 2–3 дня до ее начала. Наибольшей ценностью обладает исследование во II фазу цикла. Трансвагинальная эхография, проводимая на 7–8-й день менструального цикла, позволяет устано-

вить ультразвуковые признаки: появление участков повышенной или пониженной эхогенности срединной структуры (М-эхо) тела матки; появление гиперэхогенных структур в базальном слое эндометрия; расширение полости матки, наличие жидкого содержимого через 3–5 дней после окончания менструации; асимметрия толщины передней и задней стенок эндометрия, истончение М-эха. Диагностическая ценность данного метода и специфичность может достигать почти 90 %. Описываются около 15 признаков хронического эндометрита по УЗИ, но все они являются довольно субъективными (каждый врач оценивает по-разному) и не являются специфичными для данного диагноза.

Особое значение имеет *доплерометрия*, когда определяется нарушение кровотока в сосудах матки с преобладанием повреждений на уровне базальных и спиральных артерий.

Чувствительность *MPT* в диагностике хронического эндометрита составляет более 90 %. Для диагностики заболевания ее проводят в I фазу менструального цикла. В некоторых случаях для подтверждения атрофии эндометрия требуется повторное исследование во II фазу цикла для уточнения и сравнения толщины эндометрия и переходной зоны.

Для диагностики внутриматочной патологии *используется гистероскопия*. Чувствительность этого метода при хроническом эндометрите составляет 55 %, а специфичность почти 100 %. Эндоскопическое исследование, проводимое в I фазу менструального цикла, позволяет выявить единичные или множественные очаги гиперемии слизистой оболочки тела матки со светлым точечным центром (симптом «клубники»); неравномерность толщины, отек и усиление сосудистого эндометрия; микрополипы.

Для идентификации инфекционного агента при хроническом эндометрите важно проведение комплексного *микробиологического исследования* с оценкой микробиоценоза влагалища, цервикального канала и полости матки (биоптата эндометрия) и определение чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам. Особенно важно выявление вирусных агентов. В одной трети случаев при гистологически верифицированном хроническом эндометрите выявляются стерильные посевы эндометрия, что может свидетельствовать о важной роли условно-патогенной флоры в развитии воспалительного процесса или недостаточного выявления возбудителя, что является индивидуальной характеристикой процесса у каждой пациентки.

«Золотым» стандартом верификации диагноза хронического эндометрита является *морфологическое исследование эндометрия* на 7–10-й день менструального цикла. При этом общепринятыми морфологическими критериями заболевания являются: очаговые воспалительные лимфоидные инфильтраты в базальном и других слоях эндометрия; наличие плазматических клеток и очаговый фиброз стромы; склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия.

Внедрение в лабораторную диагностику хронического эндометрита метода иммуногистохимии с использованием разных по своей направленности **моноклональных антител (CD16, CD56, CD20, CD138)** позволило оценить активность иммунного воспаления, характер нарушений местного иммунитета эндометрия и более эффективно применять иммуотропную терапию. Хронический эндометрит имеет значение в возникновении гиперпластических процессов эндометрия, для которых характерно абсолютное либо относительное преобладание экспрессии маркеров пролиферации (**Ki-67**) над апоптозом.

Для диагностики хронического эндометрита определяют АМГФ, гликоделин S в менструальной крови. У женщин АМГФ синтезируется в эпителии желез эндометрия в лютеиновую фазу цикла и в норме составляет 16–70 мкг/мл. При хроническом эндометрите концентрация его снижается и составляет 2–12 мкг/мл.

Клиническая картина хронического эндометрита не патогномнична. Жалобы весьма различны: на нарушение менструального цикла; тазовые боли; серозные или гнойные бели; нарушение мочеиспускания; бесплодие; невынашивание; осложнения беременности, родов и др.

В связи с многофакторностью морфофункциональных нарушений терапия хронического эндометрита в настоящее время представляет значительные трудности для клиницистов.

Сложности связаны с такими причинами, как:

- преобладание стертых форм заболевания и отсутствие специфических клинических симптомов;
- хроническое воспаление имеет волнообразно-прогрессирующий характер;
- сложности идентификации микробных агентов в эндометрии, особенно вирусной инвазии, что приводит к проблеме выбора этиотропных препаратов;
- в ходе лечения возможна смена ведущего микробного фактора. Значение первичного возбудителя постепенно утрачивается и основную роль в заболевании приобретают вторичное инфицирование, иммунологические расстройства и нарушение функции пораженного органа;
- элиминация повреждающего агента из эндометрия не приводит к восстановлению ткани, особенно при длительности заболевания более 2 лет;
- контроль эффективности лечебных мероприятий на основании неинвазивных методов исследования и динамики клинических симптомов не дает точных представлений о восстановлении рецептивности эндометрия.

Комплексная терапия хронического эндометрита должна быть этиологически и патогенетически обоснованной, поэтапной и базироваться на основе наиболее тщательного обследования. В связи с многообразными механизмами патогенеза хронического эндометрита, включающими пато-

морфологические, иммунологические и другие патогенетические механизмы, необходим комплексный многоплановый и этапный подход к терапии данного заболевания.

Первым, крайне важным этапом терапии является необходимость элиминации инфекционного фактора, что достигается назначением противовирусных и антибактериальных препаратов широкого спектра действия, метронидазола и др.

При стерильных посевах эндометрия или невозможности проведения микробиологического исследования эмпирическая антимикробная терапия всегда оправдана и приводит к достоверному уменьшению частоты клинических симптомов. При этом она должна обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных патогенных микроорганизмов, включая хламидии, гонококки, трихомонады, грамотрицательные факультативные бактерии, анаэробы, стрептококки и вирусы. Оправдано назначение нескольких курсов этиотропной терапии со сменой групп препаратов.

Доказана высокая клиническая эффективность применения офлоксацина (400 мг 2 раза в день) в сочетании с орнидазолом (500 мг 2 раза в день) в течение 15 дней. Офлоксацин избирательно накапливается в зоне воспаления и не влияет на лакто-, бифидобактерии. Доказано наличие у фторхинолонов иммуномодулирующего эффекта, что обосновывает его применение при хроническом эндометрите.

Основными схемами лечения являются:

- офлоксацин по 400 мг 2 раза в день плюс метронидазол по 500 мг перорально 2 раза в день, в течение 14 дней;
- цефтриаксон 250 мг в/мышечно однократно или цефокситина по 2 г в/мышечно однократно, затем доксициклина по 100 мг перорально 2 раза в день и метронидазола по 400 мг 2 раза в день, в течение 14 дней.

Особое значение в комплексной терапии хронического эндометрита занимают препараты на основе комбинации амоксициллина и клавулановой кислоты (амоксиклав). Это связано с неоправданно высоким применением в акушерско-гинекологической практике цефалоспоринов и аминогликозидов, повлекших за собой увеличение этиологического значения энтерококков, продуцирующих бета-лактамазу, в то время как клавулановая кислота является ее ингибитором.

Выбор группы лекарственных препаратов зависит от результатов микробиологического исследования содержимого влагалища и полости матки, анамнестических указаний на использование антибактериальных препаратов в течение последнего года, от выраженности клинической симптоматики и обширности воспалительного процесса.

Возможные комбинации препаратов: метронидазол и офлоксацин; метронидазол, цефазолин, джозомицин; амоксициллин/клавулановая кислота, джозомицин; моксифлоксацин, ацикловир.

Основу базовой антибактериальной терапии должны составлять комбинации фторхинолонов и нитроимидазолов, защищенных пенициллинов с макролидами. Кроме того, необходимо учитывать, что большинство облигатных анаэробов обладают резистентностью к метронидазолу.

При наличии вирусной инфекции в зависимости от клинической картины применяют современные аналоги нуклеозидов (ацикловир) или валацикловир по 500 мг в сутки в течение 3–4 мес.

На 1-м этапе могут быть использованы этиотропные препараты:

- метронидазол 100 мл в/венно капельно или орнидазол по 500 мг 2 раза в сутки, в течение 14 дней в сочетании с цефазолином по 1,0 г в/мышечно 2 раза или офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки;

- амоксициллин/клавулановая кислота по 375/625 мг 2 раза в сутки в сочетании с джозомицином (вильпрафеном) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней;

- моксифлоксацин (авелокс) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Одновременно назначаются нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак по 50–100 мг или индометацин по 100 мг ректально 10 дней.

При нарушении микрофлоры влагалища рекомендуются вагинально свечи нео-пенотран, гексикон, повидон-йод, тержинан, полижинакс и др.

Кроме того, проводится коррекция иммунных нарушений. Она заключается в повышении иммунитета при помощи таких препаратов как:

- *иммуномодуляторы*, стимулирующие и восстанавливающие иммунитет;
- *иммунокорректоры*, которые находят в иммунной системе слабое звено и восстанавливают именно его;

- *иммуностимуляторы*, увеличивающие иммунный ответ организма;

- *иммунодепрессанты*, уменьшающие иммунный ответ организма.

Эффективно назначение по показаниям следующих лекарственных препаратов: полиоксидония по 6 мг в/мышечно 1 раз в три дня, 15 инъекций; глюкозаминила мурамилдипептида (ликопид) по 10 мг 3 раза в сутки 10 дней; циклоферона по 2 мл в/мышечно 10 инъекций (по схеме: 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 15, 17, 21 дни инъекций).

В качестве стимуляторов иммунитета назначают также реамберин, иммунал, ИРС-19, имудон, лизобакт, левамизол, препараты тимуса и др.

2-й этап лечения хронического эндометрита направлен на восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение последствий вторичных повреждений; на коррекцию метаболических нарушений и последствий ишемии; восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. Данный этап позволяет достичь завершения воспалительного процесса, регенерации поврежденной слизистой оболочки тела матки. Для этого используют различные варианты метаболической терапии, преформированные физические и бальнеологические факторы, гормональные препараты.

Тактика терапии определяется рядом факторов:

- особенностями морфологической картины эндометрия, интенсивностью воспалительных реакций, обширностью склеротических процессов, наличием редкой атрофической формы заболевания;
- длительностью заболевания: длительность заболевания более 2 лет свидетельствует об изменении рецептивности эндометрия;
- наличием сочетанной гинекологической патологии, что определяет выбор физических факторов, необходимости проведения гормональной терапии, а также проведение вспомогательных репродуктивных технологий.

Хронический эндометрит вне обострения сопровождается значительными нарушениями как артериального, так и венозного кровотока матки. Венозный застой приводит к тканевой гипоксии, затрудняя репаративные процессы в эндометрии, и к снижению поступления лекарственных препаратов в очаг воспаления. Назначение препаратов, улучшающих реологические свойства крови и спазмолитиков, обосновано (флебодиа; пентоксифиллин (трентал); дипиридамол (курантил); ношпа; папаверин; сульфат магния и др.).

Способностью активировать действие лекарственных препаратов, облегчать их проникновение в ткани обладают препараты, рассасывающие зрелый коллаген и протеолитические ферменты, которые также используются в терапии хронического эндометрита. Из препаратов рассасывающих коллаген обосновано применение *тиосульфата натрия*. Применяется раствор 30 мг/мл по 10 мл в/венно (или капельно на 100 мл физиологического раствора) через день 10 инъекций или 1 % раствор по 50 мл при температуре 37 °С ректально (микроклизмы) через день 20–25 процедур.

Ректальные свечи «*Дистрентаза*» растворяют волокна фибрина и облегчают доступ антибактериальных средств к очагу воспалительного процесса. Ее применяют в зависимости от длительности течения и интенсивности воспалительного процесса эндометрия до начала антибактериальной терапии или одновременно с ней по следующим схемам:

- по 1 свече 2 раза в сутки с 5 дня менструального цикла;
- далее по 1 свече 1 раз в день с 16 по 25 день менструального цикла не менее 2–3 менструальных циклов.

Лонгидаза (комплекс гиалуронидазы и полиоксидония) проявляет противofиброзные свойства, уменьшает спаечный процесс, не повреждает нормальную соединительную ткань, а вызывает деструкцию измененной по составу и структуре соединительной ткани в области фиброза. Назначается по 3000 МЕ в/мышечно 1 раз в 5 дней на курс 10 инъекций или ректально по 1 свече 1 раз в день в течение 10–20 дней, потом по 1 свече 2 раза в неделю, на курс всего 40 свечей.

Метаболическая терапия при хроническом эндометрите направлена на усиление тканевого обмена, активацию энергетических процессов в клетках, устранение гипоксии в тканях, угнетение анаэробного гликолиза.

Актовегин применяется по 5 мл в/мышечно 10 инъекций или по 5–10 мл в/венно ежедневно 5–10 инъекций, затем по 2 драже 3 раза в сутки в течение 25 дней. Назначается также хофитол, метионин, инозин (рибоксин), глутаминовая кислота, витамин Е.

Эффективно назначение *биостимуляторов* (экстракт алоэ, стекловидное тело, плазмол, солкосерил и др.).

Применение СЭТ (вобензим, флогензим) оказывает противовоспалительное, противоотечное и фибринолитическое действие. Назначается по 3–5–7 драже 3 раза в день в течение всего курса приема антибиотиков, далее 2 нед. для коррекции нарушений иммунитета и дисбиотических изменений.

Вопрос о целесообразности использования в комплексном лечении хронического эндометрита циклической гормональной терапии остается до сих пор дискуссионным. Учитывая, что медиаторы воспаления могут непосредственно воздействовать на стероидные рецепторы эндометрия даже в отсутствие стероидных гормонов, дополнительное стимулирование гормональными препаратами неоправдано. Тем более, что трофотропные эффекты физических факторов и метаболической терапии достаточно эффективны и безопасны. При хроническом эндометрите оправдано только дифференцированное назначение циклической заместительной гормонотерапии через 6–9 мес. этиотропного лечения хронического эндометрита при наличии гипофункции яичников и ановуляции. При этом используют только близкие к натуральным эстрогены (прогинова, дивигель) и гестагены (дюфастон, утрожестан, сустан). Гормональная терапия проводится назначением дивигеля (0,5–1,0 мг) с 1 по 21 день и утрожестана (сустана) по 100 мг 2 раза в день или дюфастона по 10 мг 2 раза в день с 16 по 25 день цикла, от трех до шести менструальных циклов.

В рационе женщины, у которой диагностирован хронический эндометрит, должны присутствовать продукты, содержащие фитоэстрогены: свежая капуста, орехи, вишня, яблоки, молочные продукты, чеснок, финики, горох и фасоль.

В комплексной терапии хронического эндометрита применяются **физические факторы**, в частности преформированные, которые назначаются с учетом возраста пациентки, длительности заболевания, сопутствующей патологии, эндокринной функции яичников, а также специфического действия самого фактора.

Задачи физиотерапии при хроническом эндометрите заключаются в улучшении гемодинамики органов малого таза, стимуляции функции рецепторов, ускорении процессов регенерации, повышении иммунологических свойств. Физиотерапия начинается с 5–7 дня менструального цикла, ежедневно на курс 10–15 процедур. В комплексной терапии применяется лекарственный электрофорез; магнитотерапия; ультразвук; ультразвук с биокартаном; лазеротерапия (надвенные, чрезкожные и влагалищные методики); па-

рафин; озокерит; озонотерапия; грязелечение и др. Основные методики терапевтического воздействия на организм пациентки следующие:

- **УВЧ-терапия.** Воздействие на организм электромагнитных волн высокой частоты. Оказывает противовоспалительное, обезболивающее действие на тело человека. В частности, на воспаленные маточные структуры;

- **лазеротерапия, ЛМТ.** Основана на воздействии высокотемпературного лазера на локальные участки тела;

- **электрофорез.** Введение лекарственных препаратов посредством использования токов;

- **грязелечение;**

- **озокеритолечение, парафинолечение;**

- **магнитотерапия.** Способствует устранению воспаления и улучшению кровообращения в малом тазу.

Рекомендуется одновременное применение двух физических факторов и проведение повторных курсов физиотерапии со сменой лечебного фактора.

Наряду с вышеперечисленными мероприятиями хороший эффект дают использование **ИРТ, Су-джок терапии, массажа**, в том числе и гинекологического, **йоготерапии и гирудотерапии**. Они уменьшают воспаление, улучшают микроциркуляцию и реологические свойства крови, активизируют иммунную систему, сокращают вероятность появления спаек.

Одним из эффективных средств лечения гинекологических заболеваний является **ЛФК**, особенно в комплексе с другими лечебными мероприятиями, являясь биологическим стимулятором благоприятных реакций. Этот вид кинезотерапии улучшает результаты комплексного лечения хронического эндометрита.

Между корой головного мозга и рецепторами матки имеются условно-рефлекторные связи. С позиций современной физиологии следует рассматривать матку как орган, обладающий большим и сложным рецепторным полем, раздражение которого многочисленными импульсами передается в кору головного мозга. В связи с этим, **седативная терапия** является важным компонентом в комплексной терапии хронического эндометрита. Применяются как медикаментозные (валериана, пустырник, новопассит и др.) средства, так и немедикаментозные (электросон, электроаналгезия); по показаниям назначается консультация психотерапевта или психиатра.

Мед — отличное средство от многих болезней, в том числе и при хроническом эндометрите. Применяются различные продукты пчеловодства (мед, пыльца, прополис), как и при хроническом аднексите.

Фитотерапия представлена в приложении 1.

Критериями эффективности проведенной комплексной терапии являются:

- купирование клинических симптомов заболевания;
- восстановление эхографической картины эндометрия;
- элиминация патогенной микрофлоры из полости матки;

- восстановление морфологической структуры эндометрия;
- нормализация в эндометрии уровня иммунокомпетентных клеток (CD56, CD8, CD68, CD138); провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF, TGF, VEGF и др.); процессов пролиферации и апоптоза клеток (ki-67, EGF, apo-protein); снижение интенсивности процессов склерозирования; стабилизация экстрацеллюлярного матрикса;
- восстановление репродуктивной функции. У пациенток с хроническим эндометритом показанием для проведения лапароскопии являются трубно-перитонеальное бесплодие, бесплодие неясного генеза или эндометриоз.

После проведенной поэтапной комплексной терапии у пациенток с хроническим эндометритом частота наступления беременности достигает 80 %, частота доношивания беременности 75 %, а с учетом перинатальных потерь до 40 %. При наличии сочетанных патологических процессов частота наступления беременности составляет более 40 %, из них без программ вспомогательных репродуктивных технологий 47,4 %, а с программами 35,8 %.

Таким образом, использование современных методов исследования и комплексная этиопатогенетическая терапия при хроническом эндометрите приводит к восстановлению репродуктивной функции и улучшению качества жизни пациенток.

Хронический эндометрит — это заболевание, которое проще предупредить, чем лечить. Своевременное лечение любых воспалительных процессов женских половых органов; регулярные обследования у гинеколога (не реже одного раза в год); здоровый образ жизни; забота о своем иммунитете; соблюдение правил личной гигиены; контролируемая и защищенная половая жизнь с постоянным партнером; стремление избежать хирургического прерывания беременности (абортов) — все это сводит вероятность развития хронического эндометрита к минимуму. Женская репродуктивная система очень сложный и уязвимый механизм, от здоровья которого зависит возможность продолжения рода и качество жизни.

ТЕМА 9

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В настоящее время наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности во всем мире. В индустриально развитых странах она составляет до 4,4 % к общему числу беременностей и в два раза меньше по отношению к родам. В последние годы наблюдается значительный рост заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста от 30 до 39 лет.

Такая закономерность определяется рядом факторов:

- неуклонный рост воспалительных заболеваний, связанных с ИППП. Подобная тенденция объясняется возрастанием сексуальной активности, наличием нескольких половых партнеров, увеличением числа аборт;
- широкого распространения оперативных методов лечения гинекологических заболеваний и методов ЭКО;
- увеличения числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции.

Наиболее распространенной формой эктопической беременности является трубная (в 99 % правосторонняя). Значительно реже яичниковая, брюшная и беременность в рудиментарном роге матки. Исключительно редко отмечается одновременное развитие беременности в матке и вне ее полости, двусторонняя трубная беременность и беременность в культе удаленной трубы.

Основу механизма формирования внематочной беременности составляют патологические процессы, нарушающие транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и/или патология плодного яйца (2–4 %). Факторами риска эктопической беременности являются воспалительные заболевания внутренних половых органов; внутриматочная контрацепция; реконструктивно-пластические операции на маточных трубах; индукция овуляции при проведении ЭКО и лечения эндокринного бесплодия; нарушение синтеза простагландинов; прием гормональных контрацептивов, особенно содержащих только гестагены; повышенная биологическая активность плодного яйца; трансмиграция яйцеклетки и/или сперматозоидов; хромосомные нарушения яйцеклетки.

Ведущая роль в возникновении трубной беременности отводится хроническому сальпингиту: риск внематочной беременности в этом случае возрастает в 6–7 раз.

На фоне воспаления нарушается проходимость и сократительная функция маточных труб в результате повреждения нервно-мышечного аппарата; изменяется нейроэндокринный статус. При этом происходит нарушение физиологической секреции рибонуклеиновой кислоты, гликогена и гликопротеидов, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность яйцеклетки; нарушается стероидогенез в яичниках.

Основной метод лечения внематочной беременности — хирургический. Органосохраняющие операции при трубной беременности ограничиваются техническими возможностями их выполнения, которые зависят от размеров плодместилища; степени деформации маточных труб; нарушений топографии органов малого таза, вызванных спаечным процессом. Характер органосохраняющих операций определяется местом имплантации плодного яйца, степенью повреждения маточной трубы.

Хирургическое лечение внематочной беременности выполняют во время лапароскопии и при лапаротомии. Среднее время восстановления

после хирургической лапароскопии 2–3 нед., в то время как на восстановление после лапаротомии требуется от 4 до 6 нед.

У 40–50 % женщин, перенесших операцию по поводу трубной беременности, в последующем возникает бесплодие или повторная эктопическая беременность в другой маточной трубе. Это объясняется наличием хронического воспалительного процесса в придатках матки и последствиями самой операции, приводящей к спаечному процессу в малом тазу.

У 30 % пациенток с трубной беременностью беременность бывает первой. В связи с этим возрастает число бесплодных браков, что обосновывает необходимость проводить медицинскую реабилитацию с целью возможной повторной трубной беременности, развития спаечной болезни и бесплодия.

Программа медицинской реабилитации после эктопической беременности должна носить индивидуальный характер с учетом возраста пациентки и планирования ее семьи. Она включает медикаментозную и немедикаментозную терапию. Различают следующие этапы реабилитации: *стационарный, амбулаторный, санаторно-курортный и оценка эффективности результатов реабилитации*. Мероприятия медицинской реабилитации необходимо начинать проводить на максимально ранних этапах лечения: в пред-, интра- и послеоперационном периоде.

Реабилитация после внематочной беременности — это процесс, который требует восстановления не только физиологического состояния пациентки, но *реабилитации ее психоэмоционального состояния*. Для лечения психоэмоционально-невротических расстройств с успехом применяется электросон или электроаналгезия; электрофорез с сернокислой магнием воротниковой зоны; седативная медикаментозная и фитотерапия, а также показана консультация психотерапевта или психиатра.

Заслуживает внимание и **диета**: пока пациентка соблюдает постельный режим, ее рацион должен состоять из легкой, но питательной пищи, богатой витаминами. В этот период желательно свести к минимуму продукты, вызывающие метеоризм и бурную перистальтику кишечника.

Кроме обычной терапии, проводимой в раннем послеоперационном периоде, следует назначать комплекс лечебных мероприятий, направленных на предупреждение развития воспалительного процесса и спаек, на восстановление проходимости и функциональной активности оставшейся маточной трубы.

Учитывая ведущую роль воспалительного процесса в этиологии трубной беременности, реабилитацию в первую очередь необходимо направить на лечение воспаления в малом тазу. Обязательно назначение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде (амоксциллин, цефазолин, клиндамицин с гентамицином, клиндамицин с ципрофлоксацином), противогрибковых препаратов (натамицин, нистатин, флуконазол) в течение 5–7 дней.

С целью повышения эффективности и снижения риска развития осложнений и побочных реакций антибиотикотерапии применяется СЭТ: вобензим (по 3–5–7 таблеток 3 раза в день не менее 14 дней), который оказывает противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее, фибринолитическое, антиагрегантное, иммуномодулирующее действие.

Эффективно назначение препаратов, содержащих нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, диклофенак, кеторолак и др.), оказывающие противовоспалительное, противоотечное, противовоспалительное и анальгезирующее действие.

С 4–5 дня после операции назначаются биостимуляторы (экстракт алоэ, пеллоидодистиллят, плазмол, стекловидное тело в течение 10 дней).

Ведущими условиями послеоперационной физиотерапии являются:

- раннее начало (первые 6–12 ч) после хирургического вмешательства, так как именно в эти сроки начинают формироваться фиброзно-спаечные процессы в полости малого таза;
- использование методик внутривлагалищного воздействия (низкоинтенсивного лазерного излучения, ПМП).

С 5 дня послеоперационного периода назначается *КВЧ; лекарственный электрофорез меди, цинка, магния; лазеротерапия (надвенная, лазеропунктура на низ живота на точки проекции придатков матки и на боковые своды влагалища); ультрафиолетовое облучение* в субэритемной дозе на сегментарные зоны («труссы») 5–6 сеансов; ПМП.

Важное значение имеет *ЛФК*. Задачи ее в послеоперационный период заключаются в нормализации ритма дыхания, ускорении регенеративных процессов, профилактике послеоперационных осложнений, повышении общего и эмоционального тонуса организма. Начинать физические упражнения необходимо с несложных физических и дыхательных упражнений, которые можно выполнять лежа на постели.

Активно способствует рассасыванию спаек применение протеолитических ферментов, разрушающих участки соединительной ткани.

После лапароскопических операций для профилактики спаечных процессов в малом тазу с 3-го дня послеоперационного периода назначается дистриптаза:

- с 1-го по 3-й день по 1 свече в прямую кишку 2 раза в сутки;
- с 4-го по 9-й день по 1 свече в сутки.

После лапаротомических операций дистриптаза назначается в прямую кишку с 5–7-го дня послеоперационного периода по схеме:

- с 1-го по 3-й день по 1 свече 3 раза в сутки;
- с 4-го по 6-й день по 1 свече 2 раза в сутки;
- с 7-го по 9-й день по 1 свече 1 раз в сутки.

Эффективно применение лонгидазы по 1 свече в прямую кишку ежедневно 10–20 дней или 3000 МЕ лиофилизата лонгидазы 1 раз в 5 дней, на курс 10–15 инъекций и СЭТ.

На 5–7-й день следующего после операции менструального цикла проводятся дальнейшие реабилитационные мероприятия, включающие назначение биостимуляторов, протеолитических ферментов, СЭТ, рассасывающей терапии, физиолечения.

Рассасывающая терапия включает применение:

- тиосульфата натрия, который рассасывает зрелый коллаген: по 10 мл 30 % раствора в/венно ежедневно или через день 10–15 процедур или микроклизмы по 50 мл 1 % раствора температура 37 °С через день 20–30 процедур;
- сульфат магния 25 % по 5–10 мл в/мышечно 5–10 инъекций;
- ферментные препараты (дистрептаза, лонгидаза).

В комплексной реабилитации пациенток после операции по поводу внематочной беременности применение *физических факторов* необходимо вводить поэтапно. Физиотерапевтические процедуры нередко сочетаются, что усиливает их лечебный эффект. С помощью физических факторов можно достичь болеутоляющего, противовоспалительного эффекта, улучшения или восстановления обмена веществ, нормализации овариально-менструальной и секреторной функций, стимуляции иммунологических процессов.

Практически все физиотерапевтические методы, используемые в современной медицине, нашли свое применение при реабилитации после внематочной беременности. Но наиболее эффективными и распространенными стали ГБО; электролечение; гинекологический массаж; грязе-, свето-, бальнеолечение; ультразвуковая и магнитотерапия; озono- и биологическая терапия (гирудотерапия); ИРТ.

Фитотерапия после внематочной беременности способствует улучшению кровообращения, профилактике спаечного процесса в органах малого таза и нормализации гормонального фона пациентки (приложение 1).

Одним из эффективных средств медицинской реабилитации является **ЛФК** в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Она является биологическим стимулятором благоприятных реакций. ЛФК способствует улучшению кровообращения в органах малого таза, ускорению рассасывания воспалительных реакций, предотвращению развития и устранению уже развившихся спаек в области малого таза, повышает тонус мышечно-связочного аппарата тазового дна. Исходные положения должны предусматривать разгрузку корпуса от давления по вертикальной оси. Наиболее удобные исходные положения — это колено-кистевое или колено-локтевое; сидя на полу; лежа на спине, на боку, на животе (приложение 2).

Не ранее чем через 8 нед. после операции назначаются *озокерит, парафин и грязелечение*. Их применяют в виде аппликаций на кожу живота в виде «трусов» или влагалищных тампонов. Хороший эффект наблюдается при сочетании с ультразвуком. Под влиянием вибрационных колебаний ультразвука происходит микромассаж тканей; ускорение обмена веществ; увеличение проницаемости клеточных мембран; повышение интенсивно-

сти окислительных процессов; активизация фагоцитарных реакций; стимулируется функция яичников; происходит разволокнение фиброзно-рубцовых изменений в тканях, что особенно важно при хронической стадии воспаления женских половых органов.

С помощью ультразвука в ткани можно вводить лекарственные вещества (фонофорез): гидрокортизон, анальгин, анестезин, биокартан и др. С целью предупреждения развития спаечного процесса в малом тазу с 5–7 дня после операции применяют ультразвук в импульсном режиме, который в большей степени, чем в непрерывном, повышает сниженную эндокринную функцию яичников и восстанавливает проходимость маточной трубы. Проводят 2 курса по 15 процедур каждый с 2-месячным перерывом между ними.

Физиолечение в комплексе с другими методами позволяет за относительно короткий срок восстановить репродуктивную функцию, а также нормализовать гормональный баланс в организме женщины. Для коррекции недостаточности лютеиновой фазы используются синтетические гестагены (диеногест, дюфастон, сустен, утрожестан, норэтистерон).

Обязательным компонентом послеоперационного восстановительного лечения, учитывая дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы вследствие внематочной беременности, приводящей к нарушениям эндокринной системы, является *контрацепция*. Следствием таких изменений являются нарушения менструальной функции, которые могут способствовать развитию эндометриоза, вторичных поликистозных яичников, миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия, метаболического синдрома.

Методом выбора контрацепции являются КОК, которые рекомендуются начинать после эктопической беременности на 1–3 сут послеоперационного периода курсом длительностью до 6 циклов. Предпочтение отдается монофазным препаратам, содержащим прогестагены III поколения (гестоден, дезогестрел, норгестиман), которые благодаря выраженному воздействию на цервикальную слизь препятствуют проникновению микроорганизмов в матку и маточные трубы. При наличии противопоказаний и после 6 циклов применения КОК рекомендуются другие методы контрацепции (барьерные, применение спермицидов, календарный и др.).

Оптимальным является проведение 3 курсов реабилитации после операции, после чего рекомендовано санаторно-курортное лечение.

В санаторно-курортных условиях применяется сочетание естественных физических факторов: гелиотерапия, оксигенотерапия, аэризация, ЛФК, лечебные грязи, озокерит, общие ванны, влажные орошения, аппаратная физиотерапия, различные виды массажа, гирудотерапия.

Планировать беременность после операции можно только тогда, когда закончится не менее 3 курсов медицинской реабилитации, включая санаторно-курортное лечение, и не ранее, чем через 1 год после операции. При отсутствии беременности в течение 2 лет необходимо использовать вспомогательные репродуктивные технологии.

ТЕМА 10

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Климактерический период (климактерий) — это период жизни женщины, характеризующийся возрастными инволюционными процессами в организме, на фоне которых происходят изменения репродуктивной системы. Репродуктивная система — это единственная система в женском организме, которая начинает функционировать в 7–8-летнем возрасте и прекращает свою деятельность еще при жизни женщины в 60–65 лет.

КС представляет собой симптомокомплекс, осложняющий течение физиологического климактерического периода. Симптомы патологического климакса возникают у 40–70 % женщин и характеризуются вазомоторными, эндокринно-обменными и нервно-психическими расстройствами. В постменопаузе сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности женщин в развитых странах мира. Остеопорозом и урогенитальными расстройствами страдают более половины женщин.

Главная роль в развитии *КС* отводится повышению гонадотропной функции гипофиза в сочетании со снижением кортикотропных и тиреоидных гормонов, что свидетельствует о нарушении адаптационного синдрома. Отклонения функции щитовидной железы осложняют течение *КС* и снижают сопротивляемость к экзо- и эндогенным воздействиям.

Климактерий включает в себя продолжительный отрезок жизни: от 40 до 65–70 лет. Возрастные рамки периодов и их продолжительность индивидуальны и определяются не по паспортному возрасту, а по совокупности индивидуальных клинико-эндокринных характеристик.

В климактерии выделяют пременопаузу, менопаузу, перименопаузу и постменопаузу. Физиологический климакс условно делят на гиполютеиновую, гиперэстрогеновую, гипоэстрогеновую и агормональную фазы. Клинические симптомы *КС* возникают в конце II и во время III фазы климактерического периода.

В зависимости от длительности различают две стадии *КС*:

- начальная или лабильная: длится от 6 мес. до 2 лет;
- поздняя или инертная: наступает через 2–3 года от начала *КС*, продолжается от 5–6 до 10–15 лет и характеризуется тяжелыми нервно-психическими, сердечно-сосудистыми и эндокринно-метаболическими процессами. Наибольшая частота и интенсивность типичных симптомов *КС* отмечается в течение первых 2–3 лет периода постменопаузы.

Особенности клинического течения и развития *КС* у женщин в значительной степени определяется резервными возможностями высших отделов ЦНС, изменениями гипоталамических структур, генетическими, социальными и другими факторами.

По характеру и времени выделяют 3 вида климактерических расстройств:

Ранние:

- *вазомоторные*: приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, учащенное сердцебиение, парестезии, зуд, метеоризм, запоры, головокружения, шум в ушах, ушудшение сна, бессоница;

- *нейро-вегетативные*: раздражительность; плаксивость; сонливость; слабость; беспокойство; забывчивость; депрессия; плохое настроение; неудовлетворенность работой, жизнью, окружающими людьми; невнимательность; снижение либидо; состояние страха; беспокойство; быстрая утомляемость.

Отсроченные (через 2–5 лет после наступления менопаузы): возникают урогенитальные симптомы; поражения кожи и ее придатков.

Поздние (более 5 лет менопаузы), которые отличаются развитием комплекса климактерических расстройств:

- *постменопаузальный метаболический синдром* (атеросклероз, гиперлипидемия, инсулинорезистентность);

- *неврологические*: снижение когнитивной функции, памяти, зрения, слуха, слуховые и зрительные галлюцинации;

- *костно-мышечные и сердечно-сосудистые*: остеопороз, остеоартрит, инфаркты миокарда, инсульты, артериальная гипертензия.

Отсутствие приливов в постменопаузу является следствием нарушений функции надпочечников и щитовидной железы и не является признаком благополучия. Эти женщины склонны к остеопорозу и атеросклерозу.

Основным принципом лечения КС является индивидуальный подход к выбору метода лечения и определения последовательности проведения реабилитационных мероприятий. Использование лекарственных средств должно быть минимальное. Необходимо определить клиническую форму, тяжесть, длительность заболевания, фазу климактерия, наличие экстрагенитальных заболеваний, длительность и эффективность предшествующей терапии, наличие аллергии, а также учитывать возрастной механизм действия каждого метода лечения на организм и половую систему, прогнозировать эффект лечения, возможные осложнения и побочные эффекты.

Реабилитация при КС включает *деонтологию, психотерапию, рациональное питание, витаминно и седативную терапию, физические методы, фитотерапию и гормонотерапию.*

Деонтология — это наука не только о психотерапевтическом влиянии на пациентку, но и о том, как нужно действовать различными медицинскими факторами на пациентку при конкретном проявлении болезни. Нужно показать «озабоченному человеку, что существует искусство жить и стареть счастливо». Поведение врача в современных условиях развития медицины, его профессиональное умение избрать наиболее короткий и эффективный путь к лечению пациента является конечной целью и задачей деонтологии. Мечников И. И. считал, что ценность жизни человека в субъек-

тивном плане с возрастом увеличивается, становится сильнее в зрелом возрасте и особенно в старости. Это прежде всего определяет поведение врача при общении с пациенткой с КС: должны использоваться специальные профессиональные знания; нужны не только назначение определенного лечения, но и слова, которые убедили бы пациентку в целесообразности применения и эффективности того или иного метода лечения.

Вопросы деонтологии являются первостепенными, особенно в климактерическом периоде. Именно в это время возникают наиболее серьезные семейные, служебные, социальные и бытовые проблемы, которые неизбежно сказываются на общем состоянии женщины. Деонтология является неотъемлемым компонентом лечения на всем его протяжении. Неправильное поведение врача может привести к новой патологии — ятрогении.

Психотерапия — один из основных методов лечения КС. Она должна охватывать вопросы, касающиеся характера возрастных изменений в организме и половой системе. Это относится главным образом к эмоционально-вегетативным симптомам. Беседа с врачом должна способствовать улучшению общего состояния пациентки. Врач обязан в тактичной форме разъяснить значение каждого вида лечения, его достоинства и недостатки, предупредить о возможных осложнениях. Особое внимание следует обратить на вред самолечения. Необходимо указать на важность обращения к врачу при появлении любых новых симптомов. Нужно также понять, что больше всего тревожит пациентку.

Для успешного проведения психотерапии имеет большое значение отношение самой пациентки к КС. Важно, чтобы она понимала, что такой период в жизни женщины обусловлен возрастной гормональной перестройкой и является временным. Коррекция патологических менопаузальных симптомов требует проведения терапии. Для эффективного лечения и социальной адаптации большое значение имеет атмосфера в семье. С этой целью показано проведение семейной психотерапии: устранение недопонимания и разрешение конфликтных ситуаций, которые могут повлиять на возникновение психических нарушений у женщины. Для решения социальных и психологических проблем пациенток эффективными являются и другие психотерапевтические методики: аутогенная тренировка, гипноз и психоанализ.

Необходим новый стиль взаимоотношений врач — пациентка, при котором врач становится советчиком, а пациентка должна взять ответственность за свое собственное здоровье.

Рациональному питанию необходимо уделять внимание на протяжении всей жизни, рассматривая его как меру профилактики КС. С учетом нарушения обмена веществ, заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, ожирения. В климактерическом периоде оно имеет особое значение, поскольку является одним из методов лечения. Выбор рационального питания обусловлен состоянием здоровья, характером ожирения, премор-

бидным фоном и т. д. Всем женщинам рекомендуется ограничить потребление соли, сахара, хлеба, мучных продуктов, экстрактивных веществ, а также продуктов, содержащих большое количество холестерина: жирные сорта мяса, яйца, шоколад. Пищу принимать через 3–3,5 ч небольшими порциями. Целесообразно 1–2 раза в неделю проводить разгрузочные дни: кефирный (1,5–2 л кефира в день); мясной (400–500 г мяса + 200 г овощей); яблочный (1,5 кг яблок кислосладких сортов).

Полное голодание в течение одного дня можно проводить 1–2 раза в месяц тем пациенткам, которые хорошо переносят голод. Пища должна удовлетворять все потребности в основных питательных веществах. Мясо, молоко, сыр должны быть меньшей жирности, а рыба пожирнее. Рыбий жир содержит полиненасыщенные жирные кислоты Омега-3, которые защищают мембраны клеток, препятствуя старению и росту опухолевых образований; предотвращают развитие атеросклероза; защищают от инфарктов миокарда, инсультов и старческого слабоумия. Эти вещества помогают бороться с депрессией, улучшают обменные процессы в мозге, активизируют работу иммунной системы. Необходимо употреблять продукты, содержащие фитоэстрогены: горох; фасоль; бобы; репу, редьку, капусту; кабачки; тыкву; сою; овсяную, гречневую и пшеничную крупы; сухофрукты из слив, фиников, абрикосов; плоды черной смородины, земляники и малины; петрушки; укропа; кинзы и др.

Витаминотерапию также необходимо включать в комплексное лечение КС.

Витамин А уменьшает чувствительность гормонально-зависимых органов к эстрогенам. Под влиянием этого витамина кожа и слизистые оболочки становятся эластичными, исчезает сухость. Витамин А назначается по 10–15 капель на сахар или на черный хлеб 2–3 раза в день в течение 15–20 дней. При положительном эффекте витамин можно принимать курсами в течение года.

Витамин Е обладает свойством усиливать действие эстрогенов и прогестерона на организм; активизирует лютеинизирующую и подавляет фолликулостимулирующую функцию гипофиза; обладает гипотензивным действием. Содержание этого витамина в климактерическом периоде снижается в 2 раза. Наиболее эффективная доза витамина Е 100–200 мг ежедневно в течение 10–15 дней по 4–5 курсов в год. Основными источниками витамина Е являются растительные масла (подсолнечное, соевое, оливковое, кукурузное, льняное); хлеб из муки грубого помола; овсяная и гречневая крупы; мясо и молоко.

Витамин Е можно назначать пациенткам, которым противопоказана гормонотерапия эстрогенами.

Содержание *витамина С* и *витаминов группы В* с возрастом уменьшается, а потребность в них увеличивается. Рекомендуется назначать витамин С по 0,5–1,0 г в день в течение 2–3 нед. с перерывом в 2–3 нед.

Комплексные витаминные препараты (максавит форте, азбука здоровья, олиговит, декамевит, ундевит и др.) также могут назначаться при КС.

Лечебная физкультура является методом общей неспецифической терапии. Она тренирует механизмы защиты и резервные силы организма, способствуя образованию биологически активных веществ, повышает его иммунитет, обладает успокаивающим действием. Размеренная и продуманная нагрузка на мышечную систему организма женщины ликвидирует следовые патологические очаги в коре головного мозга, обусловленные патологией в гениталиях, за счет повышения функции гипоталамо-гипофизарной системы, уменьшения потока патологической импульсации в кору головного мозга и создания положительно действующих очагов в ней. Все это способствует повышению адаптационных и компенсаторных способностей организма. Наибольшей эффективностью обладают аэробные упражнения. Особенно полезна ходьба, прогулки на свежем воздухе. Бег следует использовать с большой осторожностью. Важна непродолжительная утренняя гимнастика (15–20 мин), часть упражнений следует делать лежа в постели: поднимите руки и ноги под прямым углом и начните ими потряхивать. Это улучшает работу лимфатической системы и капилляров.

В климактерическом периоде очень важно регулировать умственные и физические нагрузки не нарушая ритма сна. При первых признаках нарушения сна следует прекращать работу за 1–2 ч до сна, погулять перед сном, но стараться не принимать снотворные, так как в последующем будет сложнее восстановить физиологический сон. Комплекс упражнений при КС 1 и 2 степени тяжести представлены в приложениях 2 и 3.

Седативная терапия. При назначении седативных средств важно обратить внимание пациентки на безопасность их применения, хороший лечебный эффект, отсутствие аллергических реакций. При положительном действии седативной терапии ее следует осуществлять в течение 3–4 нед., а затем рекомендовать перерыв на такой же срок, всего 5–6 курсов в течение года. Лечение начинают с простых и доступных методов, растительных седативных веществ: валериана, пустырник, пион и др. Возможно использование сложных микстур, бромидов, ноофена. При отсутствии эффекта лечения этими препаратами, можно рекомендовать малые транквилизаторы в небольших дозах по 1/2–1/3 таблетки за 30 мин до сна (нозепам, тазепам, диазепам, феназепам), а также грандаксин. Транквилизаторы назначаются в минимально эффективных дозах, выбор препарата определяется ранее использованным препаратом эффективностью для каждой женщины индивидуально.

При сопутствующей кардиалгии назначают корвалол 30 капель 3 раза в день. Длительность лечения не более 1–2 мес., всего за год до 6–8 курсов. Показанием к повторному курсу служит рецидив КС.

При выраженной неврологической симптоматики показаны большие нейролептики: производные фенотиазина (френалон, этаперазин, метера-

зин, трифтазин) в минимальных дозах (2–15 мг/сут). Длительность терапии 4–12 мес. до получения терапевтического эффекта, затем прием препарата постепенно прекращают.

При функциональном преобладании симпато-адреналового (эрготропного) отдела вегетативной нервной системы показаны симпатомиметики: β -адреноблокатор анаприлин (5–10 мг 2–3 раза в день), циннаризин (12,5–25 мг 2–3 раза в день). При артериальной гипертензии применяют альфа-адреноблокатор клофелин, метилдопа и др.

При преобладании вагоинсуляторного (трофотропного) отдела вегетативной нервной системы показаны средства, обладающие холинолитической активностью: препараты красавки, антигистаминные средства (тавегил, супрастин, фенкарол и др.), витамины В₁, В₆, Е, С, АТФ, метионин в течение 1 мес. При необходимости холинолитики сочетают с седативными средствами и нейролептиками. Лечение проводят обязательно на фоне психотропных стимуляторов: неотропила, пирацетама, аминалона, церебролизина от 2 нед. до 3 мес.

При дисфункциональных нарушениях обоих отделов вегетативной нервной системы назначают группы препаратов с учетом симптомов, преобладающих в клинике заболевания.

При КС с гиперпролактинемией назначают парлодел (бромкриптин) по 2,5 мг/сут в течение 3 нед. с 10–12-дневными перерывами или достинекс 0,25–0,5 мг в неделю до клинического выздоровления.

При психоэмоциональном напряжении предпочтение отдают малым транквилизаторам, малым и большим нейролептикам.

Физические методы. Физиотерапия представляет собой важное направление в лечении КС. В основе ее физиологического действия лежат ответные рефлекторные реакции организма, реализуемые нейрогуморальным путем за счет изменения интенсивности биохимических и биофизических процессов с улучшением трофики тканей и восстановлением гомеостаза.

Климактерический период является следствием нарушения механизмов адаптации с вовлечением в процесс как центральных звеньев нейроэндокринной системы (гипоталамус, аденогипофиз), так и периферических (кора надпочечников, щитовидная железа и др.). Это требует проведения комплексной терапии, направленной на урегулирование нейромедиаторных функций. Арсенал физиотерапевтических средств, применяемых при лечении КС достаточно широк. Основная задача физиотерапии заключается в воздействии на центральные звенья регуляции.

Высокоэффективным методом трансцеребрального воздействия, влияющего на вегетативные нарушения и на психоэмоциональные расстройства, является **электросон**. В результате значительно улучшается функциональное состояние подкорково-стволовых образований, расположенных вблизи основания мозга (таламус, гипоталамус, гипофиз, ретикулярная

формация ствола мозга, лимбическая система), улучшается функциональное состояние ЦНС, корково-подкорковых взаимоотношений. Седативный эффект наиболее выражен при применении прямоугольных токов частотой 10 Гц.

При трансцеребральном воздействии импульсными токами на ЦНС осуществляется перестройка центральной и вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, обеспечивающая снижение потребности сердечной мышцы в кислороде, и гипотензивный эффект. За счет непосредственного влияния на высшие эндокринные центры, импульсные токи существенно изменяют гормональный и иммунный статус пациенток. Выраженная стимуляция функции гипофиза сопровождается выделением АКТГ и увеличением синтеза стероидных и других гормонов. Указанные эффекты наиболее выражены при применении частот 80–100 Гц.

Наряду с использованием прямоугольных импульсных токов, широко используются СМТ. Действие их на мозговые образования и церебральные сосуды более выражено, чем прямоугольных токов, а рефлекторный компонент выражен слабее. Это и определяет их различие в физиологических эффектах. Наиболее выражены при СМТ гемодинамические эффекты в коррекции показателей как центральной, так и регионарной (мозговой и почечной) гемодинамики.

Комплексная оценка результатов применения электросна позволила разработать дифференцированный подход его применения:

- импульсный прямоугольный ток более эффективен у пациенток с артериальной гипертензией I стадии и КС с преобладанием невротического компонента;
- круговой ток показан с артериальной гипертензией II стадии и КС с преобладанием вегетативного компонента.

К числу методов, нормализующих функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы, относится терапия **ЭП УВЧ** по битемпоральной методике. Воздействие ЭП УВЧ вызывает иммуномодулирующий эффект, оказывает гиполипидемическое действие, способствует снижению содержания фибриногена и увеличению фибринолитической активности крови. Этот метод способствует коррекции психоэмоциональных нарушений, уменьшению вегетативной лабильности, оказывает выраженный транквилизирующий и антидепрессивный эффекты. Процедуры проводят в постоянном режиме мощностью 5 Вт или в импульсном режиме мощностью 7,5 Вт по битемпоральной методике ежедневно по 10 мин, на курс 15 процедур. Лечебный эффект наступает при нормализации гормонального статуса пациенток: коррекция соотношения лютеинизирующего и фолликуло-стимулирующего гормонов, снижение повышенного уровня тиреостимулирующего гормона и трийодтиронина. Наиболее отчетливая динамика устанавливается в периоде пременопаузы. Повторные курсы терапии можно проводить с интервалом в 6 мес.

Довольно эффективной является **анодическая гальванизация** головного мозга от 10 до 20 сеансов. Чем тяжелее клинические проявления КС, тем меньше сила тока должна применяться.

Высокоэффективным методом является **центральная электроаналгезия** с использованием фронто-мастоидального расположения электродов. Длительность процедуры 40–50 мин. При легкой форме КС рекомендуется 7–8 процедур, при средней тяжести и тяжелой форме 10–12 процедур. При «обострении» КС после 5–6-й процедуры лечение не отменяется, а назначается перерыв в лечении на 1–2 дня.

Для коррекции вегетативных проявлений пациенткам с симптоматическим повышенным внутриглазным давлением и спазмом мозговых сосудов назначается **гальванизация шейно-лицевой** области по методике Келлата. Напоминающие букву «V» электроды располагают на боковых поверхностях шеи и лица вокруг ушной раковины. Полярность электродов меняют через день. Начальная величина тока 0,5 мА с постепенным повышением до 1 мА, продолжительность процедур можно увеличить до 15 мин, ежедневно, на курс 12–15 процедур.

Эффективен также:

- **электрофорез новокаина** на область верхних шейных симпатических ганглиев;

- **дарсонвализация области «воротника»;**

- **электрофорез магния** по Вермелью или в области «воротника».

При преобладании вегетативного комплекса результативны методики:

- **транскраниальной электростимуляции:** назначают интерферированные токи по лобной методике до 30 мин 3–4 раза в неделю по схеме через день или два дня через день, на курс 10–12 процедур;

- **трансорбитальная анодическая гальванизация головного мозга** по методике Бургиньона.

Иглорефлексотерапию используют как монотерапию или в сочетании с другими воздействиями. Лечение состоит в проведении 3 курсов по 10–12 ежедневных сеансов в каждом с интервалом между 1-м и 2-м курсом 10–12 дней, между вторым и третьим — 1 мес. Более стойкий терапевтический эффект наблюдается при сочетании ИРТ с локальным сегментарным введением димедрола или анальгина и с бальнеофизиофакторами.

Массаж оказывает нормализующее влияние на ЦНС, гуморальную регуляцию, центральные и периферические звенья кровообращения и другие функциональные системы. Применяется массаж воротниковой зоны с исключением техники прерывистой вибрации.

Для лечения КС следует широко применять естественные (природные) факторы: климато-, гидро-, аэро- и гелиотерапию.

Аэротерапию проводят в нескольких вариантах: ходьба на свежем воздухе с возрастающей продолжительностью и нагрузкой; дозированный

бег (терренкур); световоздушные ванны (температура воздуха не ниже 18 °С и скорость ветра не более 5 м/с). Это является тонизирующим фактором для костно-мышечной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Воздушные ванны — это также источник положительных эмоций.

Гелиотерапия является более серьезным лечебным воздействием, применение которого должно быть ограничено при сердечно-сосудистых заболеваниях, артериальной гипертензии и др.). Проводят ее в утренние и вечерние часы по 5–7 мин с постепенным увеличением продолжительности до 45–60 мин. Она дает выраженный десенсибилизирующий и анальгезирующий эффекты, кроме того оказывает фибринолитическое действие.

Бальнеотерапия и санаторно-курортное лечение. Женщины климактерического возраста значительно метеолабильны, поэтому им подходит санаторно-курортное лечение в одной климатической зоне с местом жительства и в теплое время года. Восстановление нарушенных функций организма под влиянием водолечебных процедур представляет многозвеньевой физиологический процесс. Действия бальнеотерапевтических процедур реализуются посредством нейрогуморальных механизмов, включающих рефлекторные, гуморально-гормональные и реакции на метаболическом уровне.

Основные разновидности бальнеотерапии: обливание; обмывание; душ; ванны (хвойные, валериановые, шалфейные, жемчужные, углекислые, кислородные, скипидарные). Некоторые гидротерапевтические процедуры можно проводить и в домашних условиях.

Фитотерапия: наиболее часто используют сборы лекарственных трав.

Для коррекции менопаузальных нарушений активно применяются препараты, содержащие фитоэстрогены (средства растительного происхождения).

Фитоэстрогены — нестероидные вещества группы полифенолов, близкие по структуре к эндогенным эстрогенам. К ним относят следующие классы химических соединений:

- **флавоны:** содержатся в некоторых растительных продуктах (сельдерей, петрушка, чабрец, цитрусовые и др.);
- **изофлавоны** (генистеин, дайдзеин, биоханин А, формонетин): в бобовых культурах (особенно в сое, горохе) и красном клевере;
- **лигнаны** (энтеролактон, энтеродиол): в масличных семенах (льна, подсолнечника), отрубях, цельных зернах, бобовых, овощах и фруктах;
- **куместаны** (куместрол): в красном клевере и люцерне.

Наиболее близки по структуре и оказываемому действию к эстрогенам изофлавоны. Для негормонального купирования симптомов, связанных с КС и менопаузой, применяются препараты феминал, климадион, циклодинон, ременс, ци-клим, эстровел, лефем и др.

Отдельную группу средств по борьбе с менопаузальным синдромом составляют биологически активные добавки, в состав которых входит несколько сочетаемых компонентов. Это позволяет оказывать воздействие на

максимальное количество систем, подвергающихся изменениям в период гормональной перестройки организма. «Компливит Кальций Д3 Голд» — это сочетание генистеина, витаминов К1 и D3, кальция. Препарат оказывает комплексное действие, в том числе укрепляет костную систему и способствует профилактике менопаузального остеопороза.

МГТ показана при отсутствии эффекта от проведенного негормонального лечения легкой, а также при средней и тяжелой степени тяжести КС. Это метод заместительной гормонотерапии, основанный на замещении в организме недостающих гормональных веществ путем приема их синтетических аналогов. Оптимальными сроками начала МГТ является пременопауза и в течение первых 5 лет после последней менструации, когда выраженность жалоб максимальна и не упущено время для профилактических эффектов этой терапии. Начало гормональной терапии в период пременопаузы обеспечивает профилактику таких осложнений климактерия, как переломы и заболевания сердца. Это так называемое «окно возможностей».

Физиологические и патологические процессы, возникающие в переходном периоде жизни женщины, влияют на выбор способа профилактики и лечения патологических состояний, характерных для этого периода.

Важнейшие принципы улучшения качества жизни при МГТ следующие:

- *профилактика*, а не терапия, является главной целью. Использование гормонов-заместителей должно быть частью общей стратегии, включающей здоровый образ жизни и другие профилактические меры;
- *МГТ является мерой профилактического воздействия* в отношении переломов костей, заболеваний сердца, инфаркта миокарда и инсульта, осложняющих климактерический период;
- *с целью лечебного или профилактического влияния* гормонотерапии должны быть установлены строго индивидуальные, адекватные и оптимальные дозы и режимы. Женщины старшего возраста нуждаются в меньших дозах, чем более молодые;
- *важное значение имеет способ введения гормонов.* Применение парентеральных форм (пластыри, гели) позволяет миновать эффекты первичного пассажа через печень, что имеет ряд преимуществ;
- *эффективность гормонотерапии* увеличивается в комбинации с другими негормональными видами лечения.

Продолжительность применения МГТ определяется индивидуально. Длительное использование (от 5 до 10 лет) минимально низкой эффективной дозы препаратов МГТ с лечебной целью допустимо при условии, что женщина хорошо информирована о потенциальных рисках и преимуществах этой терапии и находится под тщательным клиническим наблюдением. С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний или деменции женщинам старше 45 лет при отсутствии менопаузальных симптомов МГТ не назначается. Этот метод не преследует цели полного восстановле-

ния физиологической функции яичников, а назначается в минимально-оптимальных дозах для коррекции симптомов КС, профилактики и лечения поздних проявлений дефицита эстрогенов.

При назначении гормональных препаратов требуется индивидуальный подход с учетом не только соматического, но и психического состояния, а также имеющихся показаний и противопоказаний, возможных осложнений и побочных эффектов. В связи с этим гормонотерапия проводится с соблюдением строгого отбора пациенток.

Тяжесть КС оценивают с помощью ММИ по шкалам нейровегетативных, эндокринно-метаболических и психоэмоциональных нарушений Куппермана.

Выбор терапии и реабилитации определяется степенью выраженности КС. Различают легкую (ММИ до 34), среднюю (ММИ 34–58) и тяжелую (ММИ > 58), а также типичную, осложненную и патологическую формы.

В лечении пациенток с КС выделяют несколько этапов. Это применение немедикаментозной терапии (I), негормональной (II) и гормональной (III) этап. Выделение этапов условно: при тяжелой форме КС используются все виды лечения.

Легкая (I степень) типичная форма КС. Клиническая симптоматика чаще всего проявляется вегетативно-сосудистыми (приливами) и нейровегетативными проявлениями. Патологические симптомы у одной трети таких пациенток исчезают в течение года, поэтому лечение не следует начинать с медикаментозной терапии. Рекомендуется: деонтология; психотерапия и аутотренинг; режим труда и отдыха; рациональное питание; ЛФК; гидротерапия в домашних условиях (обливание; обтирание; дождевой душ; ванны хвойные, шалфейные, контрастные, ножные); массаж воротниковой зоны; преформированные факторы: электросон, гальванизация шейно-лицевой области; электрофорез магния и дарсонвализация воротниковой зоны; ФТ; ИРТ.

У женщин с эмоционально невротическими расстройствами, бессоннице и тревожном сне хороший эффект дают аэротерапия и водные процедуры. В случае необходимости в дальнейшем проводят центральную электроаналгезию или электросон.

Хороший и, в большинстве случаев, продолжительный эффект при КС легкой формы, дает санаторно-курортное лечение и ЛФК. Примерный комплекс упражнений представлен в приложении 2.

Средняя (II степень) форма КС. Цель — нормализация функционального состояния ЦНС и вегетативной нервной системы. В дополнение к методам лечения, применяемых при легких формах КС, обязательно дифференцированное назначение *негормональной фармакотерапии* с учетом преобладания клиники тех или иных отделов нервной системы (симпатико-адреналового, вагоинсулярного или обоих отделов вегетативной нервной системы) и МГТ.

Преформированные физические факторы эффективны при поэтапном применении: первый этап — электрофорез новокаина верхних шейных симпатических ганглиев и гальванизация шейно-лицевой области. Каждую из процедур сочетают с классическим ручным массажем воротниковой зоны; второй — общий электрофорез магния (методика Вермеля).

Более результативны методики транскраниальной электростимуляции: интерференционные токи по лобной методике; трансорбитальная анодическая гальванизация головного мозга по методике Бургиньона; электросон; ЭП УВЧ; СМТ.

При средней степени тяжести КС, который ухудшает качество жизни пациентки, аэротерапия и бальнеолечение менее эффективны, чем при легкой степени КС. Примерный комплекс упражнений при КС средней степени представлен в приложении 3.

Тяжелая (III степень) форма КС приводит к резкому снижению качества жизни пациентки, значительной или полной потере ее трудоспособности. В комплекс лечения включаются немедикаментозная терапия, негормональная фармакотерапия и строго индивидуальная МГТ. Физиотерапевтическое воздействие ограничивается интерференционной терапией; классическим ручным массажем воротниковой зоны; аэро- и гидротерапией. При тепловом лечении пациенток в климактерическом периоде применение вышеперечисленных методов способствует значительному улучшению состояния женщин, но многие из них (20–50 %) нуждаются в гормональном методе лечения.

В настоящее время все большее внимание уделяется изучению зависимости между уровнем половых стероидных гормонов, состоянием психики и **когнитивных функций**: процессов и действий, связанных с приобретением и сохранением знаний. Эстрогены усиливают мозговое кровообращение и способны препятствовать развитию альцгеймероподобной деменции. Существует три главных подхода для сохранения когнитивной функции:

- *улучшение состояния головного мозга* с проведением профилактики и лечения артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, дислипидемии, ожирения и отказа от курения;
- *повышение когнитивного резерва* с помощью различных видов досуга, стимулирующих познавательную деятельность, и высокой социальной активности;
- *профилактика патологических изменений*, характерных для болезни Альцгеймера, которая также включает регулярные физические занятия, применение методик по формированию стрессоустойчивости и сохранение хорошего сердечно-сосудистого здоровья в целом.

Современная медицина строится на принципе комплексной терапии. Комплексное лечение весьма многообразно по своему содержанию и позволяет добиться хороших результатов в лечении основного и сопутствующего заболевания, их осложнений. Благоприятные результаты возможны лишь при правильном подборе лекарственных средств и физических факторов.

ТЕМА 11

ГИРУДОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гирудотерапия является уникальным методом лечения. С каждым годом интерес к нему растет. Применение пиявок эффективно при многих заболеваниях и позволяет снизить количество применяемых лекарств. Медицинская пиявка — настоящая биофабрика сильнейших биологически активных веществ.

Лечебный эффект гирудотерапии складывается из рефлекторного, механического и биологического факторов. В слюне пиявки содержится более 150 биологически активных веществ (ферментов, гормонов и др.), которые невозможно синтезировать или создать искусственным путем.

К таким веществам относятся: гиалуронидаза, гирудин, бделлины, эглины, дестабилазный комплекс (природная липосома) и др. Кроме того, слюна пиявки обладает еще и антибактериальным действием.

Гиалуронидаза — это фермент, способствующий расщеплению основного вещества соединительной ткани гиалуроновой кислоты и проникновению других биологически активных веществ в организм. Рассасывающее действие гиалуронидазы имеет особое значение при лечении заболеваний, сопровождающихся рубцовыми и спаечными процессами.

Дестабилаза расщепляет Е-лизиновые связи в стабилизированном фибрине, что важно при рассасывании тромбов, и Е-лизиновые связи между различными белками.

Гирудин замедляет свертывание крови, обладает обезболивающим и противовоспалительным действием. Он также незаменим для предотвращения образования тромбов.

Эглины (ингибиторы протеаз) уменьшают воспаление в тканях.

Гирудотерапия в гинекологии имеет явные преимущества, так как оказывает комплексное воздействие на весь организм и нормализует работу всех систем: улучшает общее самочувствие; нормализует сон; повышает настроение, работоспособность, общий и местный иммунитет; оказывает антиатеросклеротическое действие и др. Он применяется как альтернативный традиционному медикаментозному, гормональному или хирургическому лечению, так и как дополнение к ним.

Показания для применения медицинской пиявки в гинекологии:

- острые и хронические воспалительные заболевания матки и придатков, сопровождающиеся болями, нарушениями менструального цикла;
- спаечные процессы в малом тазу после перенесенных воспалительных процессов женских половых органов, прерывания беременности, неразвивающейся беременности, хирургических операций;

- кольпиты, бартолиниты, эрозии шейки матки;
- генитальный герпес;
- послеродовые гнойно-септические заболевания;
- доброкачественные опухоли матки и придатков (кисты, миомы);
- эндометриоз;
- альгодисменорея;
- варикозное расширение вен малого таза;
- нарушения менструального цикла, вызванные гормональным дисбалансом, воспалительными заболеваниями, миомами;
- возрастные изменения половых органов, климактерические изменения влагалища;
- невынашивание беременности;
- бесплодие, обусловленное различными причинами;
- планирование беременности и подготовка к ЭКО;
- фиброзно-кистозная мастопатия.

Противопоказания к гирудотерапии обусловлены влиянием активных веществ пиявочного секрета на организм.

Абсолютные:

- заболевания со склонностью к кровотечениям (гемофилия);
- анемия с уровнем гемоглобина ниже 100 г/л;
- аллергические реакции, развивающиеся после сеанса гирудотерапии или применения препаратов из пиявки;
- острые инфекционные заболевания;
- онкологические заболевания;
- наличие протезов в сосудах и имплантов в теле;
- туберкулез.

Относительные:

- применение лекарственных средств, уменьшающих свертываемость крови;
- гипотония;
- беременность (наличие АФС и других тромбоцитопатий в I триместре беременности).

Побочные реакции, которые могут наблюдаться при проведении гирудотерапии: аллергические реакции; инфекционные осложнения; реакция со стороны лимфатических узлов; гиперпигментация.

При проведении гирудотерапии наблюдаются следующие эффекты:

- *противовоспалительный* обусловлен повышением скорости биологических реакций в области воздействия пиявки;
- *антибактериальный*;
- *нормализация гормонального фона*;
- *дезинтоксикационный*;
- *улучшение обменных процессов в органах и тканях*;
- *нормализация микроциркуляции*;

- *спазмолитический*;
- *иммуностимулирующий* (местный и общий);
- *обезболивающий* за счет улучшения кровообращения;
- *психологический*, который очень важен: во время сеанса женщина

испытывает сильнейшее эмоциональное напряжение из-за необычности метода лечения и «на эмоциях» формируется выраженный положительный психосоматический эффект гирудотерапии.

Выбор зон приставки при проведении процедур определяется характером развития патологического процесса: *точки лонной зоны* обладают рефлекторным действием; *точки крестцовой зоны* обеспечивают разгрузку вен малого таза; *точки внутривлагалищные и на шейке матки* показаны при воспалительных заболеваниях матки, придатков и влагалища.

При других формах патологии ставят пиявки на точки, болезненные при обследовании.

При заболеваниях женской половой системы пиявки ставятся чаще всего во влагалище и на шейку матки, а также в другие зоны: по передней линии живота; над лобком и в паховой области; в области поясницы и крестца; в области промежности; вокруг анального отверстия.

Курс лечения составляет от 5 до 15 процедур, проводимых через 2 дня. За один сеанс приставляется от 1 до 10 пиявок. Лечебный эффект наступает после первых 3 сеансов гирудотерапии.

Острые и хронические аднекситы, ИППП, как известно, сопровождаются воспалительным процессом и образованием спаек. Гирудотерапия в комплексе с антибиотиками способствует ликвидации воспалительного процесса, предотвращению образования спаек и рассасыванию уже имеющихся.

При хроническом эндометрите гирудотерапия способствует восстановлению эндометрия, улучшает кровоснабжение в области малого таза и стимулирует иммунитет. Ликвидировать венозную застой крови, внутриклеточный отек и улучшение питания матки и придатков можно за 3–4 процедуры, которые снимут все нарушения и явятся лучшей профилактикой возможных тяжелых осложнений. Точки лонной зоны следует брать только при наличии в них локальной болезненности.

Гирудотерапия дает хорошие результаты при *тяжелых формах воспалительных процессов* в малом тазу; эндо- и параметритах; процессах, развившихся в послеоперационном периоде после удаления матки или придатков. Обширный инфильтрат в малом тазу является абсолютным показанием для проведения гирудотерапии. В этих случаях доза воздействия должна быть адекватна тяжести процесса. Эффект виден уже на следующий день.

Применение пиявок при *миоме матки* устраняет венозную застой в органах малого таза и способствует нормализации соотношения женских половых гормонов (эстрогенов и прогестерона). Это приводит к прекращению эстрогенной стимуляции, миома перестает расти и уменьшается в

размерах, что позволяет иногда избежать оперативного лечения. При лечении миомы матки курс гирудотерапии состоит из 10–12 процедур с интервалом 2–3 дня. В зависимости от клинической ситуации врач устанавливает на низ живота от 3 до 10 пиявок.

При подтвержденном гистологическом диагнозе *гиперпластических процессов эндометрия (полипы)* после выскабливания слизистой матки, можно проводить гирудотерапию в качестве альтернативы гормонотерапии для профилактики рецидивов.

Эффект от гирудотерапии при *вульвовагините* наступает через 2–3 дня, сеансы проводят через 3–4 дня. Пиявки ставят на воспаленный участок или вокруг него, во влагалище, вокруг ануса.

При *бартолините* пиявки ставят по 2–3 штуки в область малых половых губ и через 5–7 сеансов бартолитит исчезает, что позволяет избежать госпитализации и оперативного лечения.

Пиявки рассасывают *инфильтраты послеоперационных швов* любой локализации.

Лечение пиявками зарекомендовало себя в качестве эффективного метода лечения *мастит*, но только на начальной стадии. Пиявки ставят над инфильтратом от 2 до 7 штук. Эффект наступает через 1–2 сеанса. Кормление ребенка запрещено. При гнойном процессе пиявки противопоказаны!

Гирудотерапия активно применяется для лечения *бесплодия*, вызванного спаечным процессом и хроническим эндометритом. Пиявки ставят на низ живота, область крестца, во влагалище и около ануса. В органах малого таза усиливается кровоток, улучшается насыщение кислородом и питательными веществами, что способствует рассасыванию спаек. Благодаря гирудотерапии происходит рассасывание функциональных кист яичников, нормализуется синтез половых гормонов, что стабилизирует менструальный цикл и процесс овуляции.

Гирудотерапия эффективна при лечении *гипоплазии матки*. Нормализация кровообращения и гормонального баланса способствует ее развитию.

Благодаря большому количеству биологических веществ в слюне пиявок гирудотерапия эффективна при *эндометриозе*. После лечения уменьшается болевой синдром, нормализуются менструальные кровопотери, улучшается общее самочувствие. Однако лечение пиявками при эндометриозе носит лишь вспомогательный характер и должно применяться только в комплексе с полноценной медикаментозной терапией.

Экстракорпоральное оплодотворение иногда становится единственным шансом иметь ребенка. Гирудотерапия помогает пройти протокол с минимальными побочными эффектами: уменьшение длительности менструации до 4–5 дней; оказывает анальгезирующий эффект; улучшает качество полученных яйцеклеток; облегчает процесс оплодотворения; улучшает свойства эндометрия, что повышает вероятность имплантации заро-

дыша. Гирудотерапию проводят перед стимуляцией овуляции, чтобы лечебный эффект проявился до начала введения лекарственных препаратов для стимуляции овуляции. Схема гирудотерапии подбирается индивидуально.

Дисфункция яичников, проявляющаяся нерегулярными менструациями в любом возрасте, *климактерический и предменструальный синдромы* также хорошо поддаются гирудотерапии.

Гирудотерапия — метод лечения в гинекологии, применяемый в комплексе с другими процедурами. Он способствует нормализации гормонального фона; улучшает работу органов малого таза; уменьшает активность воспалительного процесса; восстанавливает менструальный цикл; устраняет болевой синдром; уменьшает негативный эффект от применения гормональной терапии.

При гинекологических заболеваниях использование пиявок помогает не только быстро уменьшить симптомы, но и ускорить процесс выздоровления, закрепить результаты лечения.

ТЕМА 12

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ОСНОВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

При остром аднексите ФТ используется для приема внутрь в виде настоев:

- по 1 ст. л. цветков донника, листьев мать-и-мачехи, травы золототысячника смешать. Заварить в 400 мл кипятка, настоять 20 мин, процедить и пить по 100 мл 3 раза в день в течение 1 мес.;

- 1 ст. л. ягод калины залить одним стаканом кипятка, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день за полчаса до еды до 2 недель;

- 1 ст. л. травы зверобоя залить 1 стаканом кипятка и 15 мин кипятить на слабом огне, процедить. Пить по 1/4 стакана 3 раза в день в течение 1 нед.;

- 1 ст. л. цветков калины залить 1 стаканом кипятка, кипятить 10 мин. Пить по 1 ст. л. 3 раза в день 2 нед.;

- 1 ст. л. смеси: шалфей лекарственный (3 ст. л.), хмель обыкновенный (2 ст. л.); ромашка аптечная (1 ст. л.); эвкалипт шаровидный (3 ст. л.); зверобой обыкновенный (1 ст. л.) залить стаканом кипятка, настоять. Принимать по 2 ст. л. 7 раз в день в течение 2 нед.;

- 1 ст. л. смеси: донник лекарственный; цветы (3 ст. л.); мать-и-мачеха (2 ст. л.); календула лекарственная (3 ст. л.); крапива (1 ст. л.); тысячелистник (2 ст. л.) залить 500 мл кипятка, настоять. Пить по 100 мл 3 раза в день в течение 1 мес.

В лечении *подострого аднексита* наиболее часто применяются сборы как при остром аднексите, а также настои из зверобоя, календулы, тысячелистника, крапивы, цветков липы. Используются сборы трав в виде настоев для приема внутрь:

- корзинки бессмертника, листья березы, листья земляники, кукурузные рыльца, листья мать-и-мачехи и мяты, тысячелистника, створки фасоли по 2 части; спорыш, крапива, череда, шиповника плоды по 3 части; рябины плоды 1 часть: 2 ст. л. смеси залить 500 мл кипятка, настоять 10 ч в термосе. Процедить. Принимать по 100 мл настоя 3 раза в день до 3 мес.;

- корень солодки, трава череды, трава хвоща полевого, плоды шиповника, корзинки бессмертника, корень девясила, соплодия ольхи по 1 части: 2 ст. л. смеси на 500 мл кипятка, кипятить на водяной бане 8 мин., настоять 10 ч. Процедить. Принимать по 50 мл настоя 3 раза в день после еды.

Курс ФТ составляет от 3 мес. до года.

Использование ФТ является весьма эффективными в *реабилитации хронического аднексита*. Лечение хронического аднексита травами не окажет ожидаемого результата без сочетания с другими методиками. Целесообразность ее применения необходимо обсудить с врачом. Лучше всего использовать сборы трав.

В сбор трав при хроническом аднексите включаются растения:

- с *противовоспалительным* действием (мать-и-мачеха, толокнянка, ромашка, береза, шалфей, календула, эвкалипт, тысячелистник, барвинок малый, зверобой, пастушья сумка, душица, крапива, пырей, сельдерей, солодка, донник, каштан конский, тополь черный, листья земляники);

- *антимикробным* действием (аир, календула, душица, ромашка, береза, шалфей, пастушья сумка, толокнянка, эвкалипт, зверобой, тысячелистник, сельдерей, тополь черный, плоды рябины);

- *анальгезирующим* действием (душица, ромашка, омела белая, пустырник, валериана, аир, донник, софора);

- *улучшающие кровообращение и венозный отток* (ромашка, валериана, береза, аир, донник, пустырник, зверобой, календула, солодка, шалфей);

- *повышающие иммунитет* (солодка, чистотел, береза, имбирь, родиола, сельдерей);

- *гепатопротекторным* действием (бессмертник, календула, плоды шиповника);

- *нормализующие гормональный фон* (душица, мать-и-мачеха, шалфей, ромашка, омела белая, аир, валериана).

Для приема внутрь следует готовить лекарственные отвары:

- соединить траву чабреца 1 ч. л.; корневище аира 1 ч. л.; травы хвоща полевого 1 ст. л.; цветки календулы 1 ст. л.; листьев мать-и-мачехи 1 ст. л.; травы крапивы 1 ч. л.; травы зверобоя 2 ч. л.; коры крушины (при запорах) 2 ч. л.: 1 ст. л. смеси залить 600 мл кипятка в термосе, настоять 6–8 ч. Пить по 150 мл 3 раза в день с 2 ч. л. яблочного уксуса и 2 ч. л. меда;

- смешать по 1 ч. л. травы зверобоя, листья подорожника, травы тысячелистника, травы пустырника, цветы календулы, коры крушины (при запорах), цветы ромашки, бессмертника, травы хвоща полевого, листья толокнянки: 1 ст. л. смеси залить 600 мл кипятка в термосе, настоять 6–8 ч. Пить по 150 мл 3 раза в день с 2 ч. л. яблочного уксуса и 2 ч. л. меда;

- соединить по 2 ч. л. корзинок бессмертника, листьев березы, листьев лесной земляники, травы перечной мяты, тысячелистника, створок фасоли и по 3 ч. л. листьев крапивы, травы череды, плодов шиповника, добавить 1 ч. л. плодов рябины: 2 ст. л. смеси залить 0,5 л кипятка, настоять 10 ч в термосе, процедить. Принимать по 100 мл настоя трижды в сутки;

- соединить по 1 ч. л. травы шалфея, листьев лагохилуса, цветов календулы, травы крапивы, зверобоя и 2 ч. л. травы тысячелистника: 3 ст. л. смеси залить 1 л кипятка, настоять 2 часа, процедить. Принимать по 100 мл 3 раза в день;

- соединить по 1 ч. л. цветов донника, листьев мать-и-мачехи, травы золототысячника, крапивы и 2 ч. л. травы тысячелистника: 1 ст. л. смеси залить 1 л кипятка, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 100 мл трижды в день.

Курс ФТ при хроническом аднексите составляет непрерывно 1–2 мес. После чего делают перерыв на 10–14 дней, меняют сбор и продолжают лечение по 20 дней с перерывами 10 дней до 6–12 мес. Стойкий эффект может быть достигнут лишь в случае длительного и регулярного приема трав в течение 8–12 мес. и более. В дальнейшем перейти на профилактический прием сборов по 2 мес., весной и осенью.

Сборы трав, улучшающих кровообращение в малом тазу и обладающие антисептическим действием при *хроническом эндометрите*:

- смешать по 1 ч. л. цветков донника, листья мать-и-мачехи, травы золототысячника, травы крапивы и 2 ч. л. травы тысячелистника: 1 ст. л. смеси залить 500 мл кипятка, настаивать 20 мин. Пить по ½ стакана 3 раза в день в течение 2 мес.;

- взять по 1 ч. л. травы крапивы, листьев подорожника, цветков ноготков, корня аира и 2 ч. л. травы тысячелистника и плодов шиповника. Смешать, 1 ст. л. смеси заварить 400 мл кипятка в термосе на ночь. Пить по 150 мл 3 раза в день с 2 ч. л. яблочного уксуса и 2 ч. л. меда в течение 2 мес., потом по 20 дней с 10-дневными перерывами от 6 до 12 мес.;

- взять по 1 ч. л. травы зверобоя, листьев подорожника, травы тысячелистника, цветов ноготков, коры крушины, травы пустырника, цветов ромашки и бессмертника, травы хвоща и листьев толокнянки. Смешать, 1 ст. л. смеси, заварить 400 мл кипятка в термосе на ночь. Пить по 150 мл 3 раза в день с 2 ч. л. яблочного уксуса и 2 ч. л. меда в течение 2 мес., потом по 20 дней с 10-дневными перерывами от 6 до 12 мес.;

- взять по 1 ч. л. травы чабреца, крапивы, корня аира; по 1 ст. л. травы мать-и-мачехи и травы хвоща и по 2 ч. л. травы зверобоя и коры крушины.

Смешать, 1 ст. л. смеси заварить 400 мл кипятка в термосе на ночь. Пить по 150 мл 3 раза в день с 2 ч. л. яблочного уксуса и 2 ч. л. меда в течение 2 мес., потом по 20 дней с 10-дневными перерывами от 6 до 12 мес.;

- настойку календулы пить ежедневно по 10 капель в течение 2 мес.;

- отвар травы зверобоя: 1 ст. л. залить 1 стаканом кипятка, кипятить 10 мин, процедить. Пить по $\frac{1}{4}$ стакана 3 раза в день в течение 1 мес.;

- смешать по 1 ч. л. цветков ромашки, корень девясила, шишки хмеля, травы подорожника. Залить 1 ст. л. смеси 300 мл кипятка в термосе, настаивать 20 мин, затем 30 мин вне термоса. Принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день до еды 3–4 нед., повторить после 2-недельного перерыва.

Фитотерапия после внематочной беременности способствует улучшению кровообращения, профилактике спаечного процесса в органах малого таза и нормализации гормонального фона пациентки.

Применяют следующие сборы:

- по 1 ст. л. листьев шалфея, травы спорыша и тысячелистника. Залить 600 мл кипятка, настоять 30 мин, процедить. Пить по 150 мл 3 раза в день с 2 ч. л. меда и 2 ч. л. яблочного уксуса по 2 мес. с 14-дневными перерывами до года;

- по 1 ч. л. травы крапивы, листьев подорожника, цветков календулы, коры ивы, корня мыльнянки и по 2 ч. л. травы тысячелистника и плодов шиповника. Взять 1 ст. л. смеси, заварить 400 мл кипятка, настоять 20 мин, процедить. Пить по 100 мл 3 раза в день с 2 ч. л. меда и 2 ч. л. яблочного уксуса по 2 мес. с 14-дневными перерывами до года;

- по 1 ч. л. корня валерианы, семян укропа, травы душицы и 2 ч. л. травы мяты. Смешать. Залить 700 мл кипятка, настоять 30 мин, процедить. Пить по 200 мл с 2 ч. л. меда и 2 ч. л. яблочного уксуса 3 раза в день курсами по 2 мес. с 2-недельными перерывами при нарушениях менструального цикла до года.

Фитотерапия при КС: наиболее часто используют сборы лекарственных трав.

Сбор 1. Зверобоя и тысячелистника трава, цветки календулы, измельченные плоды шиповника и боярышника по 1 г; трава пустырника, сушенцы, шалфея, цветы ромашки по 2 г. Смешать, 1 ст. л. смеси залить 600 мл кипятка, кипятить 3 мин, настоять 20 мин, процедить. Пить по 100 мл 3 раза в день с 2 ч. л. меда курсами по 2 мес. с перерывом 10 дней.

Сбор 2. Трава мяты перечной и полыни по 1 г; плоды фенхеля 2 г; кора крушины 3 г. Смешать, 1 ст. л. смеси залить 200 мл кипятка и настаивать 20 мин. Принимать по 200 мл утром и вечером курсами по 2 мес. с 10-дневными перерывами.

Сбор 3. Корень валерианы, трава мяты перечной и цветки ромашки по 3 г. Смешать, 1 ст. л. смеси залить 400 мл кипятка, кипятить 3 мин. Принимают по 200 мл отвара 2 раза в день курсами по 2 мес. с 10-дневными перерывами.

Сбор 4. Цветок боярышника 4 г, трава зверобоя 2 г, цветки календулы 2 г, кора крушины 4 г, трава пустырника 5 г, цветки ромашки 2 г, трава сушеницы 3 г, трава тысячелистника 1 г, трава шалфея 2 г, плоды шиповника 3 г, соплодия хмеля 1 г, плод фенхеля 1 г. Смешать, 2 ст. л. смеси залить 1 л кипятка, кипятить 1 мин, настоять 20 мин, процедить. Принимать по 50–100 мл 3 раза в день курсами по 2 мес. с 10-дневными перерывами.

Сбор 5. Цветки календулы 1 г, трава фиалки трехцветной 2 г, кора крушины 3 г, цветки бузины черной 3 г, корень солодки 3 г. Смешать, 2 ст. л. смеси залить 500 мл кипятка, настоять 30 мин. Принимать по 200 мл глотками утром и вечером курсами по 2 мес. с перерывом 10 дней.

Фитотерапия при альгоменоррее:

- 1 ст. л. травы хвоща полевого заварить 300 г воды. Настоять 1 ч, процедить. Пить по 50 г каждые 2 ч. Когда боль начнет стихать, пить по 50 г 2 раза в день;

- корень валерианы, лист мяты и цвет ромашки смешать в пропорции 1:1:2, залить стаканом кипятка и настоять 30 мин. Процедить. Пить по 2 ст. л. 3 раза в день после еды;

- лапчатка гусиная: 20 г травы залить 1 стаканом горячей воды, кипятить на медленном огне, охладить, процедить. Пить по полстакана 4–5 раз в день до еды;

- 2 ст. л. травы душицы залить 2 стаканами кипятка и настаивать 30 мин. Принимать 3 раза в день за 30 мин до еды;

- 1 ст. л. травы хвоща полевого залить 2 стаканами крутого кипятка. Применять при сильных болях по 1 ст. л. каждые 2 ч;

- полынь обыкновенная (чернобыльник): 2 корешка залить 2 стаканами кипятка. Принимать по полстакана 2 раза в день;

- 4 ч. л. измельченной коры калины залить 1 стаканом воды и кипятить 30 мин. Процедить и долить водой до первоначального объема. Принимать по 1 ст. л. 3 раза в день до еды;

- трава спорыша 1 часть, хвоща полевого 1 часть, золототысячника 3 части, лапчатки гусиной 5 частей: 1 ст. л. смеси заварить 1 стаканом кипятка, настоять 1 ч и процедить. Пить маленькими глотками в течение дня;

- кора крушины ломкой 1 часть, листья березы 1 часть, цветки ромашки аптечной 3 части, листья мяты перечной 3 части, корня валерианы 3 части: 1 ст. л. смеси залить 250 мл кипятка, настаивать 30 мин. Принимать горячим по 1 стакану несколько раз в день;

- трава спорыша, трава хвоща полевого, трава золототысячника, трава лапчатки гусиной в соотношении 1:1:3:5; 1 ст. л. смеси заварить стаканом кипятка, настоять 1 ч, процедить. Выпить глотками в течение дня. Принимать 10 дней при болезненных месячных;

- 1 ч. л. измельченного корня девясила залить стаканом кипятка, настоять 1 ч, процедить. Принимать по 1 ст. л. 4 раза в день;

- 1 ч. л. семян сирени обыкновенной залить 0,5 л воды, кипятить на слабом огне в закрытой посуде 15 мин, охладить, процедить. Пить по 100 г каждое утро за 15–20 мин до еды;

- корица 5 г, гвоздика 3 г, цветки ромашки аптечной 50 г. Сбор трав залить 1 л воды и кипятить на слабом огне в закрытой посуде 30 мин. Процедить. Пить по время болей по 1/2 стакана 3 раза в день;

- 2 ст. л. измельченных корней сельдерея пахучего залить стаканом холодной кипяченой воды, выдержать 2 ч и процедить через 2–3 слоя марли. Принимать по 1/3 стакана 3 раза в день;

- 1 ч. л. измельченного корня девясила залить стаканом кипятка, кипятить 10–15 мин на слабом огне, настоять 4 ч. Принимать по 1 ст. л. 3–4 раза в день.

Фитотерапия при АМК:

- 1 ст. л. измельченных листьев лесной земляники заварить стаканом кипятка, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 1 ст. л. 3–4 раза в день;

- сок из свежих листьев крапивы принимать внутрь по 1 ч. л. 3 раза в день в 1/4 стакана воды за 20 мин. до еды;

- жидкий экстракт крапивы (аптечный препарат) принимать по 30–40 капель за 30 мин до еды в 1/4 стакана воды;

- заварить 1 ст. л. травы хвоща полевого 200 мл кипятка. Пить по 1 ст. л. отвара каждые 2 ч, позже 3 раза в день;

- 2 ст. л. измельченных листьев мяты лекарственной залить 2 стаканами кипятка, настаивать 1 ч. Принимать по 0,5 стакана 3 раза в день до еды;

- 1 ст. л. травы перца водяного залить 1 стаканом крутого кипятка и дать настояться 1 ч. Принимать по 1 ст. л. 3 раза в день;

- трава пастушьей сумки 3 г, трава спорыша 3 г, корень валерианы 3 г: 1 ст. л. смеси трав заварить стаканом кипятка и пить по стакану утром и вечером;

- коры дуба 10 г, 25 г травы пастушьей сумки, 25 г травы тысячелистника и 25 г корня лапчатки прямостоячей: 1 ст. л. смеси заварить стаканом кипятка и выпить. Пить по стакану отвара утром и вечером.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Комплекс лечебной физкультуры при хронических воспалительных заболеваниях матки и придатков

1. Исходное положение (и. п.): стоя, руки вниз. Подтянуться вверх, приподняться на носки — вдох. Опустить руки вниз, встать на всю ступню — выдох. Повторить 2–6 раз.

2. И. п.: стоя, ноги шире плеч, руки на бедрах. Поочередное сгибание ног с переносом массы тела на согнутую ногу. Повторить 6–12 раз. Дыхание равномерное.

3. И. п.: стоя, ноги шире плеч, руки вверх. Сгибать корпус вперед, стараясь кистями коснуться сначала правой, потом левой ступни — выдох. Принять и. п. — выдох. Повторить 4–8 раз.

4. И. п.: стоя, ноги вместе. Глубокое приседание 4–8 раз. Дыхание равномерное.

5. И. п.: стоя, ноги врозь, руки перед грудью. Повернуть корпус вправо с одновременным отведением назад правой руки — вдох. Вернуться в и. п. — выдох. Повторить 4–8 раз.

6. И. п.: сидя, руками опереться сзади о пол. Разведение и сведение выпрямленных ног, не отрывая их от пола. Дыхание равномерное. Повторить 6–10 раз.

7. И. п.: лечь на спину. Выполнять ногами движения, имитирующие езду на велосипеде в течение 30 с — 1 мин. Дыхание равномерное.

8. И. п.: лечь на спину. Сесть и лечь с помощью рук. Повторить 2–10 раз. Дыхание равномерное.

9. И. п.: лечь на живот. Поднять левую ногу, втягивая при этом задний проход. То же другой ногой. Дыхание равномерное. Повторить 4–10 раз.

10. И. п.: лечь на спину, руки на животе. Сделать глубокий вдох, сильно выпячивая при этом живот. Повторить 4–8 раз.

11. И. п.: лечь на живот, опираясь кистями около груди. Поднять голову и корпус, прогнуться назад, опираясь на кисти. Повторить 4–8 раз. Дыхание равномерное.

12. И. п.: стоя, руки в стороны. Поочередное поднятие выпрямленной ноги вперед, в сторону и назад по 2–6 раз в каждую сторону. Дыхание равномерное.

13. Ходьба в полуприсяде. Ходьба скрестным шагом, ходьба обыкновенная 1–3 мин. Дыхание равномерное.

14. И. п.: руки вперед перед грудью. Развести локти пошире — вдох, вернуться в и. п. — выдох. Повторить 2–6 раз.

Комплекс лечебной физкультуры при климактерическом синдроме легкой формы (I степени тяжести)

1. И. п.: стоя, руки вдоль туловища, ноги вместе. Ходьба обычная. Ходьба с вытягиванием прямой ноги вперед на каждые 3–4 шага. Ходьба с подниманием правой (левой) руки вверх и отведением ее в сторону. На 1–2 шага — вдох, на 3–4–5 шагов руки вниз — выдох. Выполнять в течение 1–2 мин.

2. И. п.: то же. Одну руку положить на грудь, другую на живот, ноги вместе, носки вместе. Полное смешанное дыхание. На вдохе смотреть вверх, на выдохе — вниз. Повторить 4–6 раз.

3. И. п.: сидя, руки вдоль туловища, ноги вместе, носки врозь. Повернуть голову вправо (влево), затем повернуть туловище направо (налево) — выдох. Вернуться в и. п. — выдох. Повторить 3–4 раза. Темп медленный.

4. И. п.: сидя, пальцы кистей на подбородке, ноги вместе, носки врозь. Развести локти в сторону, слегка прижимая кистями на подбородок — вдох, вернуться в и. п. — выдох. Повторить 4–6 раз.

5. И. п.: сидя на краю стула, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч. Соединить лопатки, опираясь спиной о спинку стула, руки отвести назад — вдох. Вернуться в и. п. — выдох. Повторить 4–6 раз.

6. И. п.: стоя, руки на поясе, ноги вместе, носки вместе. Подняться на носки, поднять голову вверх, соединить лопатки — вдох, вернуться в и. п. — выдох. Повторить 4–6 раз.

7. И. п.: лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах. Поднять руки в сторону — вдох, опустить руки. Приподнять голову и плечи, положить руки на колени — выдох. Повторить 4–6 раз.

8. И. п.: лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе. Положить правую (левую) руку на живот, левую (правую) на пояс — выдох. Левую (правую) отвести в сторону, правую (левую) поднять в вверх — выдох. Повторить 4–6 раз.

9. И. п.: то же. Слегка приподнять правую (левую) ногу, встряхнуть несколько раз расслабленную ногу — выдох. Повторить 4–6 раз.

10. И. п.: сидя, руки к плечам, ноги на ширине плеч. Вращение рук в плечевых суставах (пальцы от плеч не отрывать). При поднимании локтей вверх — вдох, при опускании вниз — выдох. Повторить 4–6 раз.

11. И. п.: стоя, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч. Подняться на носки, поднять голову вверх, сжать кисти рук в кулаки, опуститься на всю ступню, голову опустить вниз, разжать пальцы. Повторить 6–8 раз. Дыхание равномерное, произвольное.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Комплекс лечебной физкультуры при климактерическом синдроме средней (II) степени тяжести

1. И. п.: руки вдоль туловища, ноги вместе. Ходьба обычная. Одну руку положить на грудь, другую на живот, на 1–2 шага вдох (полный), на 2–4 шага выдох (с втягиванием живота). Выполнять в течение 1–2 мин.

2. И. п.: то же, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч. Поднять обе руки в стороны, ладони вверх, соединить лопатки — вдох. Вернуться в и. п. — выдох. Повторить 2–4 раза.

3. И. п.: сидя, руки положить на бедра. Ноги вместе. Развести пальцы кистей. Сжать кисти в кулаки. Повторить 6–8 раз. Дыхание произвольное, темп средний.

4. И. п.: то же, руки на пояс, ноги вместе. Повернуть туловище направо (налево) — выдох. Вернуться в и. п. — вдох. Повторить 3–4 раза. Темп медленный.

5. И. п.: стоя, одну руку положить на грудь, другую на живот, ноги на ширине плеч. Полное смешанное дыхание. Повторить 2–3 раза.

6. И. п.: лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе. Согнуть правую (левую) ногу в коленном суставе, скользя пяткой по полу, посмотреть вниз — выдох. Вернуться в и. п., посмотреть вверх — вдох. Повторить упражнение 2–3 раза на каждой ноге.

7. И. п.: лежа на спине, одну руку положить на грудь, другую на живот. Брюшное дыхание. Повторить 2–3 раза.

8. И. п.: то же, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах. Слегка приподнять левую (правую) ногу, встряхнуть несколько раз расслабленную ногу — выдох. Вернуться в и. п. — выдох. Повторить 3–4 раза.

9. И. п.: сидя, руки вдоль туловища, ноги вместе. Посмотреть вверх, сжать пальцы кистей в кулаки, посмотреть направо, согнуть руки в локтевых суставах — вдох, посмотреть вниз, опустить руки, разжать пальцы кистей — выдох. Посмотреть налево, сжать пальцы кистей в кулак — вдох, посмотреть прямо, разжать пальцы — выдох. Повторить 3–4 раза.

10. И. п.: то же, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч. Расслабленное покачивание рук вперед — назад с небольшой амплитудой. Повторить 3–4 раза.

11. И. п.: стоя, руки вдоль туловища, ноги вместе. Ходьба обычная. Ходьба со сжиманием и разжиманием пальцев кистей в кулаки. На каждый шаг ходьба с поднятием рук вперед. На 1–2 шага — вдох, на 3–5 шагов руки вниз — выдох. Выполнять в течение 1–2 мин.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Выберите один правильный вариант ответа

1. С чем связан патогенез клинических проявлений климактерического синдрома?

Варианты ответа:

- а) с истощением фолликулярного аппарата яичников;
- б) с нарушением гомеостаза;
- в) с поражением ЦНС;
- г) с повышением уровня гонадотропных гормонов;
- д) с нарушением подкорковых механизмов регуляции менструального цикла.

2. В каком случае при КС противопоказана гормонотерапия?

Варианты ответа:

- а) выраженных вегетативных кризах;
- б) аритмии;
- в) артропатии;
- г) артериальной гипертензии;
- д) после перенесенного инфаркта миокарда.

3. Какой фактор провоцирует ранний климакс?

Варианты ответа:

- а) артериальная гипертензия;
- б) бесплодие;
- в) гипотония;
- г) большое количество родов, длительная лактация;
- д) стрессовая ситуация.

4. Какой признак не является побочным эффектом лечения даназолом?

Варианты ответа:

- а) акне;
- б) снижение веса;
- в) приливы жара;
- г) гирсутизм;
- д) отеки.

5. Какой симптом характерен для климактерической миокардиодистофии?

Варианты ответа:

- а) кардиалгия;
- б) параксизмальная тахикардия;

- в) нарушение проводимости сердца;
- г) синусовая брадикардия;
- д) мерцательная аритмия.

6. Какова наиболее частая причина женского бесплодия?

Варианты ответа:

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

7. В раннем послеоперационном периоде реабилитация пациенток с эндометриозом направлена?

Варианты ответа:

- а) на уменьшение структурных изменений в малом тазу;
- б) на уменьшение сопутствующих эндокринных изменений;
- в) на уменьшение болевых ощущений;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

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

Варианты ответа:

- а) размеры миомы матки более 15 недель беременности;
- б) сочетание небольших размеров миомы матки с аденомиозом;
- в) быстрый рост миомы матки;
- г) некроз узла миомы матки;
- д) миомы матки небольших размеров.

9. Что не относится к осложнениям трубной беременности?

Варианты ответа:

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

10. Каков фактор риска эктопической беременности?

Варианты ответа:

- а) гипоплазия матки;
- б) оральная контрацепция;
- в) перенесенные воспалительные заболевания гениталий;

- г) кесарево сечение в анамнезе;
- д) недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла.

11. Какой метод не используется при диагностике эндометриоза гениталий?

Варианты ответа:

- а) УЗИ органов малого таза;
- б) лапароскопия;
- в) гистероскопия;
- г) метросальпингография;
- д) бактериологическое исследование из цервикального канала.

12. Каковы показания к назначению синтетических прогестинов?

Варианты ответа:

- а) маточные кровотечения в менопаузе;
- б) контрацепция;
- в) острые воспалительные заболевания гениталий;
- г) патология печени;
- д) артериальная гипертензия.

13. Каковы методы лечения внематочной беременности?

Варианты ответа:

- а) тубэктомия;
- б) гормонотерапия;
- в) антибиотикотерапия;
- г) гемотрансфузия;
- д) седативная терапия.

14. Какой наиболее точный метод диагностики патологии эндометрия?

Варианты ответа:

- а) кольпоскопия;
- б) лапароскопия;
- в) биопсия шейки матки;
- г) гистероскопия с биопсией эндометрия;
- д) УЗИ органов малого таза.

15. Что не характерно для постменопаузы?

Варианты ответа:

- а) низкий уровень эстрадиола;
- б) высокий уровень прогестерона;
- в) высокий уровень ФСГ;
- г) высокий уровень ЛГ;
- д) уровень тестостерона соответствует уровню в пременопаузе.

16. Каковы факторы, усугубляющие течение климактерического периода?

Варианты ответа:

- а) здоровый образ жизни;
- б) экстрагенитальные заболевания;
- в) прием андрогенов;
- г) прием гестагенов;
- д) прием эстрогенов.

17. С действием какого гормона связаны «приливы» жара у женщин с климактерическим синдромом?

Варианты ответа:

- а) эстрадиола;
- б) ЛГ;
- в) прогестерона;
- г) ФСГ;
- д) пролактин.

18. Наиболее частая локализация эндометриозных гетеротопий?

Варианты ответа:

- а) миометрий;
- б) шейка матки;
- в) серозная оболочка кишечника;
- г) брюшина малого таза и яичников;
- д) ректо-вагинальная перегородка.

19. Признаки малигнизации миомы матки?

Варианты ответа:

- а) неэффективность гормонотерапии;
- б) рецидивирующая менометроррагия;
- в) рост миомы матки в постменопаузе;
- г) уменьшение размеров миомы матки в менопаузе;
- д) боли при мочеиспускании.

20. Какой метод обследования не обязателен для диагноза миомы матки?

Варианты ответа:

- а) УЗИ органов малого таза;
- б) метросальпингография;
- в) раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки;
- г) гистероскопия;
- д) лапароскопия.

21. Какие средства не используются для лечения острого аднексита?

Варианты ответа:

- а) нестероидные противовоспалительные препараты;
- б) хирургическое лечение;
- в) гемостатики;
- г) антибактериальные средства;
- д) спазмолитики.

22. Какова наиболее частая форма недержания мочи при КС?

Варианты ответа:

- а) вынужденное недержание мочи;
- б) неврогенный мочевого пузыря;
- в) стрессовое недержание мочи;
- г) некоординированный мочевого пузыря;
- д) сочетание стрессового и вынужденного недержания мочи.

23. Какие из препаратов не применяют в лечении эндометриоза?

Варианты ответа:

- а) золадекс;
- б) декапептил-депо;
- в) кломифен цитрат;
- г) гестринон;
- д) даназол.

24. Что не относится к действиям эстрогенов?

Варианты ответа:

- а) развитие вторичных половых признаков;
- б) стимулирование ДНК;
- в) повышение сократительной способности маточных труб;
- г) вызывают гипоплазию половых органов;
- д) способствуют росту матки.

25. Наиболее частой причиной хронического эндометрита являются?

Варианты ответа:

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

26. Какой метод контрацепции противопоказан женщинам с воспалительными заболеваниями матки и придатков в прошлом?

Варианты ответа:

- а) ВМС;
- б) барьерные;
- в) гормональный;
- г) календарный;
- д) хирургический.

27. План реабилитационных мероприятий у пациентки, оперированной по поводу внематочной беременности, составляется с учетом:

Варианты ответа:

- а) этиологического фактора, вызвавшего внематочную беременность;
- б) вида прерывания трубной беременности;
- в) характера изменений оставшейся маточной трубы;
- г) характера морфологического исследования удаленной маточной трубы;
- д) все вышеперечисленное.

28. Реабилитация после внематочной беременности включает:

Варианты ответа:

- а) электрофорез лекарственных средств;
- б) ультразвуковую терапию;
- в) гормональную терапию;
- г) верно а) и б);
- д) верно а), б), в).

29. При сочетании миомы матки и аденомиоза у пациентки репродуктивного возраста с гиперполименореей и вторичной анемией показана:

Варианты ответа:

- а) экстирпация матки без придатков;
- б) экстирпация матки с придатками;
- в) надвлагалищная ампутация матки без придатков;
- г) надвлагалищная ампутация матки с трубами, с иссечением слизистой цервикального канала;
- д) надвлагалищная ампутация матки с трубами.

30. Какие физические факторы не используются в лечении эндометриоза?

Варианты ответа:

- а) магнитотерапия;
- б) радоновые ванны;
- в) йодобромные ванны;
- г) грязелечение;
- д) низкоинтенсивное лазерное излучение.

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1 — г; 2 — б; 3 — г; 4 — б; 5 — а; 6 — в; 7 — г; 8 — д; 9 — г; 10 — в;
11 — д; 12 — б; 13 — а; 14 — г; 15 — б; 16 — б; 17 — б; 18 — г; 19 — в;
20 — б; 21 — в; 22 — в; 23 — в; 24 — г; 25 — г; 26 — а; 27 — д; 28 — д;
29 — д; 30 — г.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Гинекология: учеб. пособие / Ю. К. Малевич [и др.]; под общ. ред. Ю. К. Малевич. — Минск: Беларусь, 2018. — 319 с.
2. Гинекология: учебник / Б. И. Байсова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 432 с.
3. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии. Клинический протокол, утвержденный Постановлением МЗ РБ, 19 фев. 2018 г., № 17.

Дополнительная литература

1. Справочник врача женской консультации / под общ. ред. Ю. К. Малевича. — Минск: Беларусь, 2014. — 415 с.
2. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 943 с.
3. Миома матки: от дискуссии к инновациям. Практические рекомендации / В. Е. Радзинский [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 16 с.
4. Костикова, Л. И. Гирудотерапия. Лечение сложных хронических и запущенных заболеваний / Л. И. Костикова. — СПб.: Феникс, 2014. — 67 с.
5. Епифанов, В. А. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии / В. А. Епифанов, Н. Б. Коржачкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 504 с.
6. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 512 с.
7. Медицинская реабилитация / под ред. А. В. Епифанова, Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 672 с.
8. Епифанов, В. Н. Лечебная физкультура / В. Н. Епифанов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 568 с.
9. Анолихина, И. А. Реабилитация в гинекологии с помощью аппаратной физиотерапии. Руководство для врачей / И. А. Анолихина, Н. В. Болотова, Ю. М. Райгородский — М.: Практическая медицина», 2019. — 208 с.
10. Проблема оценки качества медицинской помощи при внематочной беременности / С. С. Рамазанова [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. — 2018. — № 12(4). — С. 38–46. — Режим доступа: <https://doi.org/10.24411/2075-4094-2018-16099>.
11. О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 29 дек. 2015 г., № 1301.

Учебное издание

Латышева Валентина Яковлевна

Яковец Светлана Михайловна

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ОСНОВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Учебно-методическое пособие

Редактор **Т. М. Кожмякина**

Компьютерная верстка **Ж. И. Цырыкова**

Подписано в печать 18.12.2020.

Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Гаймс».

Усл. печ. л. 5,93. Уч.-изд. л. 6,48. Тираж 150 экз. Заказ № 425.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,

изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.

Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.