



ФМБА РОССИИ
Федеральное медико-биологическое агентство



Медико-биологический университет
инноваций и непрерывного образования
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Адрес: г. Москва, ул. Живописная, д. 46, стр. 8

Тел.: 8 (499) 190-96-92

Сайт: www.mbufmbc.ru

Маркосян Т.Г., Казаков В.Ф.

ФИЗИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Учебное пособие

Москва, 2026

Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации —
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И. Бурназяна»
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИННОВАЦИЙ И НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Маркосян Т.Г., Казаков В.Ф.

**ФИЗИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В РЕАБИЛИТАЦИИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебное пособие

Москва 2026

УДК 618.1
ББК 57.15
М26

Маркосян Т.Г., Казаков В.Ф.

Физические технологии в реабилитации гинекологических заболеваний. — М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026. — 62 с.

Авторы:

Маркосян Тигран Гришаи — доктор медицинских наук, профессор кафедры восстановительной медицины, курортологии, физиотерапии, сестринского дела с курсом спортивной медицины МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Казаков Владимир Фёдорович — доктор медицинских наук, профессор кафедры восстановительной медицины, курортологии, физиотерапии, сестринского дела с курсом спортивной медицины МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Рецензенты:

Ионова Е. А. — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Михайлова А.А. — доктор медицинских наук, начальник научно-образовательного центра РНЦХ им. академика Б.В. Петровского.

В пособии изложены основные вопросы физиотерапии и реабилитации больных гинекологического профиля: механизмы лечебного действия физических факторов на организм, характеристика физиотерапевтических факторов, показания и противопоказания к использованию. Освещены возможности применения магнитотерапии, электролечения, лазерной терапии, грязелечения, ультразвуковой, термотерапии, ЛФК и санаторно-курортной терапии для лечения пациенток с различными гинекологическими заболеваниями.

Учебное пособие разработано сотрудниками ФГБУ «НМИЦ РК» МЗ РФ, ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России и предназначено для врачей-физиотерапевтов, врачей-гинекологов, специалистов по медицинской реабилитации

ISBN 978-5-93064-461-6

© ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна
ФМБА России, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. Механизмы лечебного воздействия и реакции женского организма на физические факторы	7
ГЛАВА 2. Методики и техники выполнения лечебных физических факторов	11
ГЛАВА 3. Структура гинекологической патологии	12
ГЛАВА 4. Основные принципы реабилитации	15
ГЛАВА 5. Этапы медицинской реабилитации	17
Глава 6. Фармакотерапия	21
ГЛАВА 7. Физиотерапевтическое лечение	22
7.1. Основные аппаратные физические факторы	25
ГЛАВА 8. Лечебная физкультура	28
ГЛАВА 9. Массаж	32
ГЛАВА 10. Методики природного целебного воздействия	35
ГЛАВА 11. Применение физических факторов при гинекологических заболеваниях	37
11.1. Физические методы лечения нарушений менструальной функции	37
11.2. Нарушения менструального цикла, без кровотечений	38
11.3. Альгоменорея	40
11.4. Нейроэндокринные гинекологические синдромы	40
11.5. Генитальный инфантилизм	42
11.6. Доброкачественные гормонозависимые опухоли половой системы и гиперпластические процессы эндометрия	42
11.7. Воспалительные заболевания органов малого таза	43
ГЛАВА 12. Физические факторы при оперативном лечении гинекологических заболеваний	47
ГЛАВА 13. Лазерная терапия	48

ГЛАВА 14. Магнитотерапия	50
ГЛАВА 15. Общие принципы санаторно-курортного лечения в акушерстве и гинекологии	52
КОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ	54
Тесты.	54
Задачи	58
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	62

ВВЕДЕНИЕ

Проблема медицинской реабилитации в акушерстве и гинекологии была и остается актуальной во все времена. В современных непростых условиях существования все чаще мы сталкиваемся с полиморбидностью патологических состояний, одновременным присутствием экстрагенитальных заболеваний и гинекологической патологии, в результате чего снижаются приспособительные реакции организма, возникает эмоциональная лабильность, нарушения пищевого поведения, несбалансированность питания, гиподинамия, колебания АД. Таким образом, необходимо комплексное воздействие на основные патогенетические звенья заболевания, а также на деятельность систем, вторично вовлеченных в патологический процесс.

Физические методы лечения являются одним из компонентов комплексной профилактики и терапии гинекологических заболеваний, а также медицинской реабилитации больных. Эффективность лечения гинекологических заболеваний значительно повышается при сочетании медикаментозного лечения с физиотерапией. Они могут быть основным, дополнительным или вспомогательным компонентом общего комплекса лечебных мероприятий.

В последнее время во всех областях медицины, в том числе и в гинекологии методы физиотерапевтического лечения применяются очень широко. В связи с широким диапазоном действий на адаптивные системы организма, эндокринный гомеостаз и отсутствием отрицательных эффектов ФТЛ в лечении ряда заболеваний занимает приоритетное место. Для того, чтобы физические методы лечения были бы клинически эффективными, безопасными и находили широкое применение, необходимы следующие критерии выбора:

- 1) верная интерпретация диагноза;
- 2) раннее начало лечения;
- 3) обоснование лечения с точки зрения патогенеза и этиологии;
- 4) учет индивидуальных особенностей организма больной, включая клиническое течение заболевания и исходную гормональную функцию яичников;

- 5) контроль за ответными реакциями организма больной, их своевременная и правильная интерпретация;
- 6) последовательное применение физических факторов;
- 7) учитывать онкологическую настороженность
- 8) предупреждение энергетической перегрузки организма женщины, за счет преимущественного применения импульсных режимов и малых доз энергий .

Медицинская физическая реабилитация акушерско-гинекологических больных можно осуществляться в центрах женского здоровья, роддомах, гинекологических и онкологических отделениях, частых медицинских центрах и учреждениях санаторно-курортного значения.

Программа реабилитации, тактика ведения составляется для каждой пациентки индивидуально, определяется характером заболевания, возрастом, объемом произведенного ранее лечения, в том числе хирургического, планируемой репродуктивной функции женщины.

Глава 1. Механизмы лечебного воздействия и реакции женского организма на физические факторы

В процессе фило- и онтогенеза постоянные воздействия внешней среды привели к высокому сродству физических факторов к биологическим субстратам. Тем более, что на человека постоянно воздействует Солнце, магнитное поле Земли, иные природные факторы. Фактически все жизненно важные функции организма, взаимодействие клеток, передача любых импульсов — представляют собой электрические процессы. Воздействие всех физических факторов на организм начинается на молекулярном уровне. Взаимодействие атомных ядер, электронов на рецепторы — мишени приводит к изменению электропроводности, проницаемости, концентрации и транспорта ионов, вследствие чего электрическая, механическая, магнитная, лучевая и другие виды энергии преобразуются в энергию нервных процессов. В свою очередь совокупность всех взаимосвязанных элементов при переходе одного вида энергии в другой с происходящими изменениями в биологических субстратах называется механизмом действия физического фактора. Термины «механизм действия» и «механизм лечебного действия» — не идентичны. Первый термин более обширный и не всегда может трактоваться, как лечебный. Под механизмом лечебного действия подразумевают пути реализации терапевтических эффектов, то есть нормализующее влияние физического фактора на патологические процессы и нарушенные функции организма. В этом принимает участие 3 звена: первичная реакция физического фактора с биологическим субстратом, новые пути метаболического сдвига, стабилизация метаболизма. Помимо неспецифического воздействия физических факторов, каждый из них обладает определенным, сугубо специфическим воздействием. Именно эти факторы и являются основными терапевтическими воздействиями, имея модулирующее влияние на жизненные процессы, тем самым обеспечивая саморегуляцию на различных уровнях — от клеточного до организменного.

Современные тенденции лечебного применения физических факторов заключается в стремлении достижения максимального терапевтического эффекта и при минимальной нагрузке на организм, тот есть повышения специфического и понижения

неспецифического компонента действия физических факторов. Этим критериям в акушерско-гинекологической практике соответствует применение физических факторов в импульсном режиме, что обуславливает более выраженные и продолжительные клинические эффекты, перед оказываемыми непрерывным физическим воздействием. Кроме того применение импульсного воздействия позволяет избежать энергетической перегрузки, отрицательных реакций со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, нервно-гуморальной и других систем. Применение импульсных воздействий создает возможность для персонифицированного лечения с учетом специфических характеристик физических факторов и особенностей импульсации патологического очага, при этом возникает «биологический резонанс», необходимый для нормализации нарушенных функций организма.

Само понятие «биологический резонанс» впервые выдвинутое А.Е. Щербаком имеет экспериментальное подтверждение — при ритмичном физическом воздействии какого-либо раздражителя, в ответ организм формирует соответствующий ритм синтетической активности, обусловленной импульсными взаимоотношениями между различными структурными элементами клетки, прежде всего ядра и протоплазмы. Таким образом импульсное воздействие физических факторов создает принципиальные возможности индивидуализированного управления функциями внутренних органов, за счет имитации естественных нервных импульсов.

В частности, различные токи, применяемые в импульсных режимах, которые функционируют на частотах биоритмов собственных тканей могут вызывать избирательную электростимуляцию половых органов и регулировать менструальный цикл.

Оптимальный клинический эффект при применении физических факторов в значительной степени определяется поглощенной организмом женщины энергией и зависит от разовой и курсовой дозы воздействия. Оптимальный эффект применения лечебных физических факторов наступает при проведении не однократного воздействия, а серии процедур, то есть курсового лечения. Физиологические эффекты курсов терапии обычно суммируются и потенцируют друг друга. Достигнутый эффект имеет тенденцию к постепенному медленному затуханию, при этом период последействия различных физических факторов

различен. У гинекологических больных к примеру эффект грязелечения продолжается до 6 мес, минеральных ванн — 4 мес.

Реакции организма на физические факторы можно разделить на несколько групп:

- физиологические ответные реакции,
- патологические ответные реакции,
- усиление патологического процесса.

Лишь физиологическую реакцию можно считать лечебной. При общей патологической реакции обычно отмечается ухудшение общего самочувствия, вегето-эндокринные нарушения, сосудистые и нейрогенные расстройства. При локальной патологической реакции, наблюдаемой чаще всего при лечении воспалительных процессов, обычно имеет место обострение воспаления, что требует прекращения физического воздействия. Ответная реакция в виде усиления патологического процесса во многом зависит от характера заболевания. При воспалительных процессах можно наблюдать, как клинические проявления обострения, так и лабораторные отклонения. У больных с нейроэндокринными нарушениями возможно стойкое подавление гормональной функции яичников, нарушение процессов овуляции функционирования желтого тела.

У многих женщин наблюдается метеолабильность и метеочувствительность, таким образом нестабильные метеорологические и погодные колебания у женщин с гинекологическими заболеваниями и общесоматическими расстройствами возможно возникновение неожиданных патологических реакций. Для женщин, страдающих артериальной гипертензией наиболее неблагоприятно сочетание повышенного атмосферного давления со снижением температуры воздуха и увеличением влажности — спазмирование сосудов. При артериальной гипотонии и ишемической болезни сердца особо неблагоприятно одновременное повышение температуры и влажности воздуха, при снижении атмосферного давления, то есть факторы, усугубляющие скрытую кислородную недостаточность за счет снижения концентрации кислорода в воздухе.

В формировании ответных реакций организма женщин помимо метеорологических факторов немаловажное значение имеет участие коры головного мозга и суггестивное воздействие, то есть внушение. Крайне важен психогенный эффект лечебных процедур, равно как и условия выполнения процедур.

В целом психоэмоциональное состояние женщин крайне важно в восприятии лечебных воздействий и в особенности факторов физического воздействия. Правильная оценка психологических особенностей больной индивидуальных психических реакций на воздействие раздражителей, впечатлительность во многом определяют результативность физических методов лечения в акушерско-гинекологической практике.

Очевидно, что беременные более тревожны, поскольку переживают за состояние будущего ребенка и в целом настороженно относятся к применению любых лечебных воздействий, будь то медикаментозные или физические. В этих ситуациях следует терпеливо разъяснять необходимость лечения, необоснованность излишней тревоги и безопасность лечебных методик.

Дети и подростки обычно более впечатлительны, боязливы, в связи с чем рекомендовано разрешить присутствие во время процедур кого-то из старших членов семьи, для детей до 12 лет. В более взрослом возрасте присутствие лишних лиц — как правило вызывает отрицательные эмоции.

Женщины детородного возраста особенно страдающие привычным невынашиванием, бесплодием, имеющие в анамнезе неоднократные прерывания беременности, могут иметь депрессивные наклонности, чувство безнадежности, отчаяния.

В предменструальный период или альгоменорее характерна циклическая психологическая нестабильность, обидчивость, раздражительность.

В период климактерия большинство женщин болезненно ощущают приближение старости, изменение сексуального поведения, снижение привлекательности, присутствует боязнь одиночества, может развиваться депрессивность. У многих женщин в этот период наблюдается канцерофобия.

В предоперационном периоде лечебные воздействия следует сопровождать постоянной словесной установкой на успех лечения

ГЛАВА 2. Методики и техники выполнения лечебных физических факторов

Соблюдение правил, методики и техники проведения физиотерапевтических процедур — важнейшее условие достижения клинической эффективности лечения.

По зоне применения методик физического воздействия выделяют 3 группы:

1. Внеполостные процедуры общего воздействия;
2. Внеполостные процедуры на область малого таза и гениталий;
3. Внутриволостные процедуры.

К первой группе процедур следует относить общие физиотерапевтические воздействия на организм пациенток, включая рефлексогенные зоны. В частности общая дарсонвализация, гальванизация шейно-лицевой зоны, гальванизация области верхних симпатических узлов, непрямая электростимуляция гипоталамо-гипофизарной системы, электроанальгезия, воздействие на область надплечья и верхней половины спины, бальнеотерапия, грязелечение, электрофорез кальция на область солнечного сплетения, воздействие на область почек и надпочечников, воздействие на паравертебральные зоны.

Ко второй группе воздействий необходимо отнести физическое влияние на область молочных желез (аэроиотерапия, коротковолновое ультрафиолетовое облучение — КУФ, дарсонвализация, сантиметроволновая терапия — СМВ, ультразвуковая терапия — УЗ, вибрационный массаж, индуктотермия, дециметроволновая терапия — ДМВ, гальванизация); воздействие на область мочевого пузыря, матки, придатков, на зону послеоперационной раны.

К третьей группе следует отнести эндонозальные процедуры, ректальные процедуры (микроректумы, трансректальный электрофорез лекарственных средств, ректальные грязевые тампоны, дарсонвализация, лечение синусоидальными токами надтональной частоты, СМВ-терапия), вагинальные процедуры (спринцевания, КУФ-облучение, дарсонвализация, вагинальные грязевые и озокеритовые тампоны, УЗ-терапия, магнитотерапия, индуктотермия, лечение синусоидальными токами надтональной частоты, СМВ-терапия, ДМВ-терапия, гальванизация, электростимуляция маточных труб, электрофорез лекарственных средств, амплипульс-терапия, УВЧ-терапия, электростимуляция шейки матки).

ГЛАВА 3. Структура гинекологической патологии

Структура гинекологической патологии разнообразна включает заболевания воспалительного характера, нарушения менструального цикла, гормональные расстройства, доброкачественные и злокачественные новообразования, осложнения беременности.

Основные группы гинекологических патологий

- Воспалительные заболевания:
 - Инфекции, вызванные бактериями, вирусами, грибами.
- Гормональные нарушения:
 - эндометриоз, миома матки.
- Гиперпластические процессы и новообразования:
 - эрозия шейки матки, кисты яичников, миомы, рак молочной железы, рак шейки матки.
- Патологии, связанные с беременностью и родами:
 - осложнения во время беременности, родов и после родов.

Распространенные заболевания

- Миома матки
- Эндометриоз
- Эрозия шейки матки
- Кисты яичников
- Воспаления придатков (аднексит, сальпингит, оофорит)
- Нарушения менструального цикла

Основные симптомы

- Боли внизу живота, зуд, жжение.
- Патологические выделения (гнойные, кровянистые, водянистые).
- Нарушения менструального цикла, боли при половом акте.
- Общее недомогание, повышение температуры.

Структура гинекологической патологии динамично меняется и во многом зависит от массы факторов, как эндогенных, так и экзогенных.

В структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания гениталий занимают одно из первых мест и составляют до 60–65 % больных, обратившихся в женские консультации и до 20–30 % пациенток, нуждающихся в стационарном лече-

нии. Частота хронических воспалительных заболеваний продолжает неуклонно нарастать.

Доброкачественные новообразования, прежде всего миомы наблюдаются у 1 % женщин средней возрастной группы. Метод лечения при миомах матки определяется патогенезом заболевания, характеристиками новообразования, его роста, выраженностью кровоточивости, гормональными сдвигами. Современная концепция ведения больных миомой матки зиждется на сочетании консервативного лечения и хирургических подходов.

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

Климактерический синдром (КС) и генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) — состояния, связанные с гормональными изменениями в организме женщины во время менопаузы.

КС характеризуется уменьшением синтеза половых гормонов. Симптомы могут различаться по интенсивности и продолжительности, у каждой женщины они проявляются индивидуально. К проявлениям КС относятся, например, приливы, потливость, головокружения, сердцебиение.

ГУМС — это симптомокомплекс изменений со стороны органов мочеполовой системы, который вызван снижением уровня женских половых стероидов. Он встречается более чем у половины пациенток в менопаузе. К проявлениям ГУМС относятся, в частности, зуд и сухость во влагалище, болезненный половой акт, дизурию.

КС и ГУМС тесно связаны, так как оба являются следствием снижения уровня эстрогенов в организме женщины. КС, ГУМС наблюдаются у 40–50 % женщин в возрасте 46–53 лет и требуют соответствующего лечения.

Посткастрационный синдром (ПКС) развивается после тотальной или субтотальной овариэктомии у женщин репродуктивного возраста. Частота развития ПКС составляет до 70–80 %,

в 5 % случаев он характеризуется тяжелыми проявлениями, приводящими к утрате трудоспособности. Комплексная патогенетическая терапия КС и ПКС позволяет снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, остеохондроза и урогенитальных расстройств в периоде менопаузы.

Таким образом, разработка и более широкое внедрение в практическую деятельность методов физического воздействия и медицинской реабилитации в акушерско-гинекологической практике является одной из важнейших задач оказания медицинской помощи пациентам.

ГЛАВА 4. Основные принципы реабилитации

Медицинская реабилитация — представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро возникшего патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Этапы реабилитации больных гинекологического профиля делится на 2 этапа:

- **ранний** — предупреждающий клинически развитые и осложненные формы гинекологической патологии;
- **поздний** — комплексное долечивание пациенток после выписки из стационара, лечение женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями.

Целью реабилитации является предупреждение инвалидности в период лечения заболевания, а также помощь пациенткам в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они будут способны в рамках существующего заболевания.

Первичная профилактика проводится до возникновения заболевания и состоит в применении общегигиенических мер и общеукрепляющих средств.

Вторичная профилактика — предупреждение тяжелых и хронических форм уже имеющегося заболевания, а также осложнений.

Реабилитацию в условиях центров женского здоровья, женских консультаций следует рассматривать как **третичную профилактику**.

Многоплановые реабилитационные мероприятия делятся:

1. На медицинские:
 - 1) этиопатогенетическая терапия заболевания;
 - 2) лечебно-охранительный режим;
 - 3) психотерапия;
 - 4) ФТЛ;
 - 5) ЛФК;
 - 6) лечебный массаж;
 - 7) санаторно-курортное лечение.
2. Профессиональные — рациональное трудоустройство (временное или постоянное).
3. Социальные — психологическое и педагогическое воздействие для преодоления психической травмы, связанной с заболеванием, и обучение правильному поведению (совпадает в значительной мере с содержанием первых двух).

В приказе Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ» четко изложены медицинские показания и противопоказания к направлению на различные этапы медицинской реабилитации, указано, на какой день после тяжелых заболеваний и травм пациента можно и нужно переводить в отделение реабилитации.

Реабилитации подлежат все взрослые пациентки и дети, у которых последствия заболевания или травмы за счет нарушения функции органа или системы органов привели к ограничениям жизнедеятельности:

- способности к самообслуживанию;
- способности к самостоятельному передвижению;
- способности к ориентации;
- способности к общению;
- способности контролировать свое поведение;
- способности к обучению.

ГЛАВА 5. Этапы медицинской реабилитации

Выделяют 3 этапа медицинской реабилитации. Медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (МДРК).

При реализации мероприятий по медицинской реабилитации на всех этапах МДРК под руководством врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации осуществляется:

- оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики;
- установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента),
- влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации;
- оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени;
- формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий;
- оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;
- формирование и реализация индивидуального плана медицинской реабилитации (ИПМР);
- оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий;
- составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии па-

циента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Первый этап медицинской реабилитации рекомендовано осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется МДРК, сформированной из числа работников отделения ранней медицинской реабилитации. Медицинская реабилитация на первом этапе осуществляется при взаимодействии МДРК с лечащим врачом.

Второй этап медицинской реабилитации для пациентов, требующих круглосуточного наблюдения при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях. Медицинская реабилитация на втором этапе осуществляется по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющего медицинскую реабилитацию на первом этапе, либо по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста. Мероприятия по медицинской реабилитации на втором этапе начинаются в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов.

При выписке пациента из медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на втором этапе, пациенту выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), сведения о реабилитационном потенциале, ИПМР,

факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей ШРМ.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах. Мероприятия по медицинской реабилитации на третьем этапе осуществляются не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.

Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию, подразделяются на четыре группы:

- а) медицинские организации первой группы осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара пациентам, могут использоваться структурные подразделения медицинской организации (отделение (кабинет) лечебной физкультуры, кабинет медицинского массажа, физиотерапевтическое отделение (кабинет) без образования отделения медицинской реабилитации, при соответствии таких структурных подразделений рекомендуемым штатным нормативам и стандартам оснащения;
- б) медицинские организации второй группы осуществляют медицинскую реабилитацию: при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, при оказании первичной специализированной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях, условиях дневного ста-

ционара пациентам, при этом могут использоваться структурные подразделения медицинской организации (отделение (кабинет) лечебной физкультуры, кабинет медицинского массажа, физиотерапевтическое отделение (кабинет) без образования отделения медицинской реабилитации, при соответствии таких структурных подразделений рекомендуемым штатным нормативам и стандартам оснащения;

- в) медицинские организации третьей группы осуществляют медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях пациентам;
- г) медицинские организации четвертой группы — федеральные учреждения, осуществляющие медицинскую реабилитацию при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и (или) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях пациентам.

Глава 6. Фармакотерапия

Фармакотерапия назначается строго индивидуально в зависимости от состояния (заболевания) женщины (например, профилактика и лечение ПКС гормоналосодержащими препаратами, консервативное лечение при миоме матки, не требующей оперативного вмешательства).

ГЛАВА 7. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтические методы уменьшают боль, способствуют рассасыванию спаечного процесса, восстанавливают обмен веществ, нормализуют овариально-менструальную и секреторную функции.

Многообразные физические факторы (ФФ) делят на две группы:

1. Природные (естественные) — климатические, бальнеологические, грязевые, гидрологические.
2. Искусственные (преформированные) — электрические, магнитные, световые, вибрационные, тепловые, иглоукалывание, сочетанные физиофармакологические методы (фонофорез, электрофорез), массаж.

Универсальных схем применения ФФ в гинекологической практике нет, поскольку характер заболеваний, их течение, особенности женского организма глубоко индивидуальны.

Задачи ФТЛ:

- 1) обезболивающее, противовоспалительное, рассасывающее действие;
- 2) предупреждение прогрессирования и рецидива воспалительного процесса;
- 3) профилактика спаечного процесса органов малого таза;
- 4) профилактика вторичных нарушений функции органов малого таза.

Общие принципы физиотерапевтического лечения

Выделяют общие принципы ФТЛ:

1. В первые 3 дня после гинекологических операций, при угрозах прерывания беременности пациентам с повышением температуры физиотерапию проводят в палатных условиях.
2. Лечение физическими методами начинают после окончания менструации (с 5–7-го дня цикла). В дни овуляции и в конце цикла интенсивность и продолжительность действия физиотерапии следует уменьшать из-за повышенной чувствительности к раздражителям в эти дни.

При оценке эффективности физиотерапии важно учитывать ее последствия за отрезок времени, в течение которого вызванные физическим фактором физиологические изменения в организме продолжают и после прекращения процедур:

- 1) перерывы между курсами грязелечения должны быть не менее 6 мес.;
- 2) при лечении минеральными ваннами и орошениями перерывы между курсами — не менее 4 мес.;
- 3) при использовании аппаратной физиотерапии перерывы между курсами — не менее 2 мес.;
- 4) проводить более трех курсов лечения одним и тем же методом не рекомендуется;
- 5) курс физиотерапии при нормальной менструации, за исключением вагинальных процедур, прерывать не нужно;
- 6) использовать биостимуляторы во время курса физиотерапии и в период ее последствий не рационально;
- 7) при острых гнойных воспалительных процессах физиотерапию применяют только при наличии оттока гноя.

Оценка эффективности применяемого лечения не должна быть преждевременной. При острых симптомах заболевания стойкое клиническое улучшение наступает после 3–6 процедур. При хронических процессах или стертых симптомах заболевания положительное влияние физиотерапии начинает проявляться после 10–15 процедур.

Общие противопоказания к физиотерапевтическому лечению:

- 1) тяжелое состояние пациента;
- 2) лихорадка;
- 3) сильная интоксикация;
- 4) заболевания крови;
- 5) состояния дезадаптации организма (выраженная ССН, ХЛН, ХПН);
- 6) острые психозы;
- 7) онкология.

***Дополнительные противопоказания
к физиотерапевтическому лечению:***

- 1) к грязе-, тепло- и водолечению:
 - острые воспалительные процессы женских половых органов;
 - доброкачественные и злокачественные новообразования матки и придатков;
 - гиперпластические процессы эндометрия;
 - гиперэстрогения;
 - рецидивирующие эрозии шейки матки;
 - лейкоплакия;
 - климактерический синдром;
 - туберкулез женских половых органов;
 - кровянистые выделения при наличии патологического процесса органов репродуктивной системы;
 - новообразования яичников;
 - мастопатии;
 - пузырно-кишечно-влагалищные свищи;
- 2) к фототерапии:
 - аномальные маточные кровотечения;
 - доброкачественные и злокачественные новообразования;
- 3) к ультразвуковой терапии:
 - активный туберкулезный процесс;
 - выраженные формы эндокринопатий;
 - диэнцефальная патология;
 - склонность к кровотечениям;
 - острые воспалительные процессы;
 - тяжелые невроты;
 - тромбофлебит;
- 4) к электролечению:
 - новообразования;
 - системные заболевания крови;
 - органические заболевания ЦНС;
 - атеросклероз;
 - ИБС;
 - беременность;
 - острые гнойные воспалительные процессы;
 - склонность к маточным кровотечениям.

Выбор метода физического воздействия происходит на основании диагноза, возраста, гормонального фона, наличия противопоказаний к методам физиотерапевтического лечения, индивидуальной переносимости процедур и тех конкретных задач, которые стоят перед врачом в отношении сохранения и восстановления репродуктивной функции женского организма в будущем.

Следует помнить, что в течение всего курса физиотерапии, особенно применения методов грязелечения и бальнеотерапии и периода последействия ФТЛ пациенткам репродуктивного возраста показана контрацепция.

7.1. Основные аппаратные физические факторы

Наиболее часто используются следующие аппаратные ФФ:

1. *Электрические поля.* Оказывают противовоспалительный, противоотечный эффект, показаны в раннем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств.

Электротерапия (использование электрического тока). Возможно использование постоянного тока (гальванизация, лекарственный электрофорез), импульсных токов (интерференцтерапия, электростимуляция и др.). Лечение импульсными токами снимает спазм сосудов и гладкой мускулатуры, что способствует улучшению кровоснабжения тканей, оказывает обезболивающий эффект.

2. *Магнитотерапия* — использование в лечебных целях постоянного, переменного и импульсного пульсирующего магнитного полей, а также «бегущего» или вращающегося магнитного поля. Метод в последние годы находит все более широкое применение в современной клинической практике и зарекомендовал себя как высокоэффективный и безопасный вариант лечения.

Особое место в лечении заболеваний гинекологического профиля занимает низкоинтенсивная общая магнитотерапия. Практическое применение магнитотерапии привело к появлению термина «биотропные параметры», под которым понимают физические характеристики магнитного поля, определяющие его

биологические эффекты: напряженность, магнитный поток, градиент, частота, форма и длительность импульса, длительность паузы. Важное значение, наряду с характеристиками магнитного поля, имеют такие факторы как локализация воздействия, объем тканей, исходное состояние организма. Особенностью действия магнитного поля является его следовой характер, в частности после однократного воздействия, эффект на некоторые органы сохраняется от 1 до 6 суток, а после курсового воздействия до 45 суток.

Наиболее чувствительной к действию магнитного поля считается активность гипоталамо-гипофизарной системы, активация азотистого и углеводно-фосфорного обмена в мозге, а соответственно и устойчивость к гипоксии. К воздействию магнитного поля также крайне чувствительна вегетативная нервная система, что выражается в улучшении обменных и трофических функций в организме. Биологические эффекты магнитного поля в целостном организме определяется стимуляцией нейроэндокринной системы, за счет активации гипоталамо-гипофизарной системы активируется весь каскад эндокринных желез, а затем и многочисленные регулируемые ими метаболические реакции. Благоприятные изменения отмечаются со стороны микроциркуляции и транскапиллярного обмена, что особенно важно при лечении пациентов расстройствами органного кровообращения.

Под влиянием магнитного поля происходит активация противосвертывающей системы крови, уменьшение тромбообразования, замедление СОЭ, отмечено также увеличение количества эритроцитов, гемоглобина, активация фагоцитарной функции лейкоцитов. За счет стимуляции функций лимфоидной ткани повышается неспецифическая резистентность организма, положительные сдвиги в иммуногенезе. Указанные факторы крайне важны в лечении пациентов хроническими воспалительными заболеваниями.

Таким образом, магнитотерапия обладает многофакторным воздействием на организм. Хотя метод не приводит к резким изменениям в организме и переносится больными лучше, чем другие методы физиотерапии, неадекватное или крайне интенсивное воздействие магнитного поля может привести к расстройствам деятельности органов и систем.

3. *Факторы механической природы.* Ультразвуковое воздействие (УЗ) осуществляет своеобразный микромассаж клеток и тканей, сопровождающийся появлением тепла, обеспечивает обезболивающий эффект, «размягчение спаек», улучшение кровоснабжения тканей и повышает гормональную активность яичников.

4. *Фототерапия.* Использование ультрафиолетовых, инфракрасных и видимых лучей, лазерного излучения. Коротковолновые УФ-лучи при прямом попадании на патогенные микроорганизмы, находящиеся непосредственно на коже или слизистой оболочке, вызывают выраженный бактерицидный эффект и применяются в лечении воспаления слизистой наружных половых органов и влагалища. НИЛИ включают в комплекс лечения эндоцервицитов (воспаления канала шейки матки), кольпитов (воспаление слизистой влагалища) и воспалительных заболеваний органов малого таза.

ГЛАВА 8. Лечебная физкультура

ЛФК является лечебно-профилактическим и лечебно-воспитательным процессом и формирует у пациенток сознательное отношение к занятиям физическими упражнениями, придает импульс к гигиеническим навыкам, предусматривает участие его в регулировании не только общего режима жизни, но и «режима движений», воспитывает правильное отношение к закаливанию организма естественными факторами природы.

Объектом воздействия ЛФК является пациент с характерными особенностями развития опорно-двигательного аппарата, функционального состояния внутренних органов и сред, активности нервного обеспечения, как соматической, так и вегетативной ее частей.

Варианты ЛФК

- лечебная гимнастика;
- утренняя гигиеническая гимнастика;
- гидрокинезиотерапия;
- занятия на тренажерах;
- аэробные нагрузки (дозированная ходьба, степ-аэробика и пр.).

Средства ЛФК

- общеразвивающие упражнения для мышц туловища, верхних и нижних конечностей;
- специальные упражнения (динамические и изометрические) для мышц, обеспечивающих движение в тазобедренных суставах, мышц поясницы, живота и тазового дна;
- дыхательные упражнения (статические и динамические, диафрагмальное дыхание).

Для решения важнейшей задачи при лечении гинекологических заболеваний — улучшения кровообращения и лимфооттока в органах малого таза — используют динамические упражнения, включающие в работу мышечные группы промежности, малого таза. Активная работа этих мышц улучшает обменные и репаративные процессы в данной области, способствует растяжению спаек, уменьшению спаечного процесса,

образовавшегося в результате воспалительного процесса инфекционного происхождения или после оперативных вмешательств.

При подборе специальных упражнений для органов малого таза необходимо прибегать к тем упражнениям, которые изменяют направление сил внутрибрюшного давления и тяжести тела самой матки и вызывают перемещение петель кишечника к диафрагме, создают условия для возвращения матки в нормальное положение.

Наиболее оптимальными исходными положениями являются положения лежа на животе, на четвереньках, коленно-локтевое, коленно-ладонное и другие подобного рода положения с приподнятым тазом. Из этого исходного положения выполняются специальные упражнения, способствующие исправлению положения матки.

Пациенткам с ретроположением матки рекомендуют больше лежать на животе, избегать физических напряжений и подъема тяжестей, повышающих внутрибрюшное давление. Обязательным и необходимым условием является своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника, особенно перед выполнением лечебно-гимнастических упражнений.

ЛФК нашла широкое применение при воспалительных заболеваниях органов малого таза в фазе обратного развития и при хроническом их течении (эндометриты, сальпингиты, аднекситы), расстройствах менструального цикла, бесплодии, неправильных положениях и опущениях внутренних половых органов, генитальном инфантилизме, гипоплазии матки, недержании мочи, климактерических расстройствах, снижении физической работоспособности, обусловленное гиподинамией, а также в послеоперационном периоде.

Контрольно-диагностические упражнения простого свойства к примеру поочередное поднятие прямых ног до прямого угла, подтягивание бедер к животу, повороты на бок и на живот, брюшное дыхание и др., следует начинать как можно раньше, в период регрессирования воспалительного процесса внутренних половых органов, а также в период ремиссии. Их можно использовать при стабилизации воспалительного процесса, снижении температуры тела, улучшении общего состояния и уменьшении болевого синдрома.

Занятия проводятся индивидуально, ежедневно по 10–15 мин, все движения не должны вызывать боль и дискомфорт, а в случае их появления данное движение должно исключаться из комплекса гимнастики.

По мере улучшения общего состояния и нормализации данных лабораторных исследований пациенток, не находящихся на постельном режиме, переводят на групповые занятия, проводимые по 20–30 мин, в исходном положении лежа на спине, на боку, на животе, сидя на кровати, коленно-локтевом положении. Рекомендуются упражнения на внимание и на координацию движений. Темп упражнений — медленный и средний. Число повторений — от 3–4 до 15–16. Плотность занятий — 50–60 %.

На амбулаторном этапе реабилитации, интенсивность и время занятий лечебной гимнастикой постепенно увеличивают. Применяют упражнения, способствующие рассасыванию воспалительного экссудата и инфильтрата, предупреждению спаечного процесса, растяжению и эластичности имеющихся спаек.

При начальных степенях опущения внутренних половых органов занятия лечебной гимнастикой эффективны и препятствуют прогрессированию процесса. При прогрессировании процесса лечебная гимнастика улучшает функциональное состояние, но не способна оказать влияние на анатомо-морфологические изменения. При выраженном опущении, предполагающем обязательное хирургическое лечение, применение лечебной гимнастики следует рассматривать как один из методов комплексной предоперационной подготовки и ведения в послеоперационном периоде.

Противопоказаниями к выполнению ЛФК:

- острый период и периоды обострения воспалительного процесса;
- опухолевые новообразования;
- явления раздражения тазовой брюшины — перитонизмы;
- высокая температура тела, значительный лейкоцитоз и ускоренная СОЭ;
- общее тяжелое состояние пациента, связанное с перенесенной операцией, большими кровопотерями и другими причинами;

- осумкованные гнойные процессы до вскрытия гнойного очага и создания хорошего оттока;
- маточные кровотечения;
- пузырно-вагинальные и вагинально-кишечные свищи.

Применение физических упражнений при лечении пациенток с гинекологическими заболеваниями обусловлено характером и степенью морфологических изменений и функциональных расстройств, возрастными особенностями, физическим развитием и адаптацией к выполнению физических упражнений.

Лечебная гимнастика способствует улучшению крово- и лимфообращения и уменьшению венозного застоя в полости малого таза, рассасыванию экссудата и инфильтрата, способствует эвакуации продуктов распада из очагов воспаления, укреплению связочного аппарата матки, мышц брюшного пресса, поясницы, тазобедренных суставов и тазового дна. Эти явления происходят на фоне повышения общего тонуса организма, улучшения психоэмоционального состояния, оксигенации крови и улучшения окислительно-восстановительных процессов.

ГЛАВА 9. Массаж

Массаж повышает эластичность и сократимость мышечных волокон, улучшая регионарное кровообращение, лимфоотток, стимулируя иннервацию. Массаж способствует повышению работоспособности мышц, при этом ускоряются восстановительные процессы в миоцитах после усиленной физической нагрузки. Даже при кратковременном массаже значительно лучше восстанавливается функция утомленных мышц, чем во время пассивного отдыха в течение 20–30 мин.

В послеродовом периоде массаж может способствовать восстановлению тонуса мышц передней брюшной стенки, промежности, а также расслаблению других групп мышц, снятию чувства усталости, повышению общего тонуса.

Массаж оказывает важное благоприятное влияние на работу суставов, подвижность и мобильность. Под действием массажа улучшается кровоснабжение сустава, укрепляется связочный аппарат. В послеродовом периоде этот компонент эффектов массажа имеет особое значение для межпозвонковых суставов. Роды и даже кесарево сечение, а также длительное многомесячное ношение плода, приводят к повышенной нагрузке на позвоночный столб, суставы нижних конечностей, что нередко является причиной возникновения болей в спине и ногах. Массаж в этих обстоятельствах обладает целебным эффектом.

Полезным следует считать и воздействие массажа на подкожно-жировую клетчатку. Массаж действует на жировую ткань опосредованно, через общее воздействие на обмен веществ. Повышая обменные процессы в организме, усиливая выделение жира из жировых депо, массаж способствует «сгоранию» жиров, находящихся в избыточном количестве в жировой ткани.

Массаж оказывает многообразное физиологическое воздействие на кожу: очищается от отторгающихся роговых чешуек эпидермиса, а также от посторонних частиц (пыль и др.), попавших в поры кожи, и микробов, обычно находящихся на поверхности кожи; улучшается секреторная функция потовых и сальных желез и очищаются их выводные протоки; активируется лимфо- и кровообращение кожи, устраняется влияние венозного застоя, усиливается кровоснабжение кожи и, следовательно, улучшается ее питание; повышается кожно-мышечный тонус.

Благодаря массажу кожа становится более эластичной, упругой, гладкой, повышается ее сопротивляемость к механическим и температурным воздействиям. В послеродовом периоде это особенно актуально для области живота, бедер, ягодиц, т. к. кожа в этих местах подвергалась наибольшему растяжению во время беременности.

Воздействие различных методик массажа на состояние нервной системы широко известно. Изменяя силу, характер, продолжительность массажа, можно снижать или повышать нервную возбудимость. Крайне важно с помощью массажа релаксировать женщину, создать условия для комфортного прохождения этапа кормления и ухода за ребенком.

При аккуратном медленном поглаживании снижается возбудимость массируемых тканей, что оказывает успокаивающее воздействие на нервную систему; при энергичном и быстром поглаживании повышается раздражительность массируемых тканей.

Массаж оказывает благоприятное влияние на обменные процессы. Под влиянием массажа усиливается мочеотделение. В крови увеличивается количество гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов. Массаж не вызывает в мышцах увеличения количества молочной кислоты, накопление которой во время физических нагрузок ведет к появлению утомления и усталости. Этим объясняется его благотворное воздействие на утомленные мышцы.

Показания к массажу

Массаж рекомендуется при болях в спине, при тревоге, депрессии, при избыточном весе. Приступать к послеродовому восстановительному массажу можно не ранее, чем через 2–3 нед. после родов.

Противопоказания к массажу:

- острые лихорадочные состояния
- высокая температура,
- гнойные процессы;
- кровотечения и предрасположенность к ним;
- заболевания крови;
- заболевания кожи, ногтей, волос;

- любые острые воспаления кровеносных и лимфатических сосудов, тромбозы, выраженное варикозное расширение вен;
- аллергические заболевания с кожными высыпаниями;
- заболевания органов брюшной полости с предрасположенностью к кровотечениям;
- психические заболевания с чрезмерным возбуждением;
- заболевания сердца, легких, других внутренних органов в стадии декомпенсации;
- острые респираторные заболевания (ОРЗ);
- нарушения работы кишечника (тошнота, рвота, жидкий стул).

Приступать к послеродовому восстановительному массажу можно не ранее, чем через 2–3 нед. после родов.

ГЛАВА 10. Методики природного целебного воздействия

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

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

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

Бальнеотерапия — использование минеральных и радоновых вод — естественных или искусственно приготовленных аналогов. Метод обладает десенсибилизирующим, обезболивающим, противовоспалительным и рассасывающим эффектами. Влияние бальнеотерапии на половые органы женщины неодинаково. Так *сульфидные ванны* снижают активность экссудатив-

ного и инфильтративного компонентов воспаления, оказывают значительный фибринолитический эффект, повышают сократительную активность маточных труб, а хлоридно-натриевые воды повышают глюко- и минералокортикальную активность надпочечников. *Азотно-термальные воды* вызывают анальгезирующий, седативный, десенсибилизирующий эффекты, положительно влияют на обмен веществ. *Радоновые воды* — анальгезирующий, противовоспалительный, гемостатический и седативный эффекты, снижают экскрецию эстрогенов.

Грязелечение оказывает десенсибилизирующий, обезболивающий, рассасывающий и противовоспалительный эффекты. *Пелоидотерапия* улучшает гемодинамику органов малого таза, снимает активность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную функцию яичников, способствует развитию мышечных волокон матки. Наиболее часто применяют аппликации грязи на области солнечного сплетения, зоны «трусов» и «брюк», вагинальные и ректальные тампоны. Результативность пелоидотерапии повышается в сочетании с магнитотерапией и постоянным током низкого напряжения.

ГЛАВА 11. Применение физических факторов при гинекологических заболеваниях

11.1. Физические методы лечения нарушений менструальной функции

Дисциркуляторные маточные кровотечения

Применение физических методов лечения преследует две цели — гемостаз и патогенетически обоснованную профилактику рецидивов кровотечений. Физические факторы могут обеспечить гемостаз симптоматический или этио-патогенетически обоснованный.

Ювенильные кровотечения. У девушек старше 15 лет симптоматический гемостатический эффект дает грязевой «бюст-галтер», действие которого обусловлено маммарно-маточным рефлексом, вызывающим сокращение мускулатуры матки. С этой же целью можно проводить гальванизацию молочных желез или вибрационный массаж сосков. Указанные воздействия наиболее целесообразны при генитальном инфантилизме, для которого характерна функциональная неполноценность маточной мускулатуры.

Если ювенильному кровотечению предшествует инфекционное заболевание, патогенетически обусловлен эффект эндоназального электрофореза кальция. При кровотечении, возникшем на фоне относительной гиперэстрогении, эффективен электрофорез новокаина в зону верхних шейных симпатических ганглиев или гальванизация этой зоны.

У девушек с гипофункцией яичников показан вибрационный массаж паравerteбральных зон.

Кровотечения репродуктивного периода. Во всех подобных ситуациях предварительно требуется выявление этиопатогенетической причины кровотечения.

При центральном генезе показан электрофорез новокаина в зону верхних шейных симпатических ганглиев, или любой метод возбуждения маточно-маммарного рефлекса.

При периферическом генезе — эффективна электростимуляция шейки матки низкочастотными прямоугольными импульсами. При сопутствующей мастопатии — электрофорез кальция в

зону «трусов» по Щербаку, или гальванизация этой области при наличии спаечного процесса в малом тазу.

Кровотечения в климактерическом периоде. Гемостаз с помощью физиотерапевтических методов проводится лишь после гистологического исследования соскоба эндометрия. Применяется электростимуляция шейки матки, эндоназальная электростимуляция импульсным током низкой частоты, электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев. Возможна гальванизация области молочных желез, грязевой «бюстгальтер» и вибрационный массаж сосков. Гемостаз физическими факторами проводят в течение 5 дней.

11.2. Нарушения менструального цикла, без кровотечений

Физиотерапевтическое лечение в подобных ситуациях возможно только лишь после установления генеза нарушений и определения гормональной активности яичников:

1. *Центральный генез нарушений* (изменение деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы). Назначаются аэротерапия, гелиотерапия (при исключении гиперэстрогении), талассотерапия, лечебные грязи, сероводородные ванны, ручной массаж зоны «воротника», обливания, обмывания, дождевой душ, жемчужные, кислородные, азотные ванны. После исключения гиперэстрогении назначаются углекислые ванны, а при гиперэстрогении — радоновые и йодобромные.

При ранее перенесенных воспалительных заболеваниях различных отделов головного мозга — седативная терапия в виде хвойных, жемчужных, йодобромных ванн, гальванизация шейно-лицевой области.

2. *Центральный генез в виде вторичного изменения деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.* Лечение проводят с учетом исходной эндокринной функции яичников. Для стимуляции эстрогенной активности и активации желтого тела рекомендованы сероводородные, мышьяковистые воды в виде ванн и влажных орошений. Последний вид бальнеотерапии, а также гипотермальное грязелечение рекомендуются при гипертиреозе. Эффективным при гипофункции яичников является электрофорез меди при применении импульсного тока,

ультразвук в импульсном режиме, низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ).

При исходной гиперэстрогении нерациональная, чрезмерная физиотерапия может провоцировать возникновение гормонозависимых опухолей. В этих случаях целесообразно назначение радоновых вод, электрофореза цинка, ионы которого способствуют формированию и функциональной активности желтого тела, йодобромных вод, положительно влияющих на подкорковые структуры, электростимуляции шейки матки, чем достигается нормализация эстроген-прогестероновых соотношений.

3. *Нарушения менструального цикла в силу изменения деятельности яичников.* В подобных ситуациях наиболее ожидаемы аменорея или гипоменструальный синдром, зачастую с явлениями хронического сальпингоофорита, у некоторых больных наблюдается гипоплазия матки.

Лечение проводится для нормализации гемодинамики органов малого таза и улучшения функционального состояния рецепторного аппарата яичников.

Назначаются аэро- и гелиотерапия, лечебные грязи, пелоидоподобные вещества, бальнеотерапия в виде сероводородных, мышьяковистых, азотных вод, скипидарные ванны. Преформированные ФФ назначаются в 2 этапа — вибрационный массаж паравerteбральных зон, а затем электростимуляция шейки матки или влагалищная гальванизация или зона «трусов».

4. *Изменения менструального цикла преимущественных из-за маточных изменений.* Назначаются лечебные грязи, пелоиды (можно в электрофорезе), сероводородные и мышьяковистые воды, скипидарные ванны. Все это способствует развитию мышечных элементов матки, размягчению синехий, усилению обменных процессов в эндометрии.

Рекомендовано применение трехэтапного аппаратного физического воздействия: токи надтональной частоты, электрофорез меди импульсным током, электростимуляция шейки матки или прерывистая шеечно-влагалищная декомпрессия.

При недостаточной эффективности физиотерапии пациенткам с нарушениями менструального цикла, не сопровождающимися кровотечениями, показано санаторно-курортное лечение.

Противопоказаниями можно считать:

— аномальное маточное кровотечение,

- гипофункция яичников, обусловленная органическими заболеваниями нервной системы, надпочечников, щитовидной железы).

11.3. Альгоменорея

Данное состояние характеризуется резко болезненными менструациями. Реабилитационные мероприятия необходимо начинать в период становления менструальной функции. То есть, до тех пор, пока не окончательно сформированы условно-рефлекторные связи с корой головного мозга.

Из физических факторов в лечении альгоменореи рекомендованы следующие:

- транскраниальная электростимуляция по обезболивающей и седативной методикам.
- высокоинтенсивная магнитотерапия, на область матки и яичников.
- СМТ на область таза
- диадинамические токи на область малого таза
- УЗ терапия при сниженной гормональной активности яичников.
- флуктуоризация области таза
- чрескожная электронейростимуляция крестцовой и передней брюшной стенки.

11.4. Нейроэндокринные гинекологические синдромы

Выделяют следующие нейроэндокринные гинекологические синдромы:

1. Климактерический синдром (КС)

1. *Преобладание вегетативно-сосудистых нарушений в виде легкой формы.* В подобных ситуациях рекомендовано назначение аэротерапии, гидротерапии в виде обливаний, обмываний, дождевого душа, ванны — хвойные, шалфейные, контрастные ножные. В случае недостаточной эффективности применяют души — веерный, циркулярный, при ожирении — струевой или шотландский. Спазм мозговых сосудов купирует гальванизация шейно-лицевой зоны, бальнеотерапия — углекислые, жемчужные, кислородные, азотно-радоновые, а при мастопатии, миоме,

эндометриозе, тиреотоксикозе — йодобромные ванны. При применении углекислых ваннах концентрация газа в воде должна составлять 1,5–2,5 г/л.

Преформированные физические факторы применяются поэтапно: сначала гальванизация шейно-лицевой зоны, затем электрофорез магния в сочетании с ручным массажем зоны «воротника», после чего электроанальгезия.

При КС средней тяжести положительное влияние оказывают углекислые и радоновые ванны, электроанальгезия, гальванизация шейно-лицевой зоны с ручным массажем зоны «воротника».

При тяжелой форме КС применение физиотерапии малоэффективно, с симптоматической целью полезны аэро- и гидротерапия, ручной массаж зоны «воротника».

2. *КС с преобладанием эмоционально-невротических расстройств.* Назначаются аэротерапия, водолечебные процедуры, включая хвойные и шалфейные ванны, что весьма эффективно при расстройствах сна и психоэмоциональном истощении. Эффективны жемчужные, кислородные, азотно-радоновые, йодобромные ванны, электроанальгезия, эндоназальная гальванизация или гальванизация воротниковой зоны.

II. Посткастрационный синдром

На первом этапе используют гелиотерапию или общее УФ-облучение, воздействие на зону кожной проекции почек микроволнами дециметрового или сантиметрового диапазона переменным магнитным полем. Одновременно можно использовать общеукрепляющие, тонизирующие, закаливающие процедуры — аэро- и гидротерапию (в домашних условиях).

На втором этапе целесообразны йодобромные воды, а также жемчужные, кислородные, азотные, углекислые ванны. Эффективна гальванизация воротника, шейно-лицевая, эндоназальная. Можно проводить электрофорез магния на воротниковую зону или дарсонвализацию.

Санаторно-курортное лечение осуществляется в привычной для больных климатической зоне.

III. Предменструальный синдром (ПМС)

Этот синдром характеризуется как функциональными и болезненными расстройствами, так и серьезными психоэмоциональными отклонениями, происходящими ежемесячно. При легкой форме

используют те же физические факторы, что и при КС, а также грязелечение, электросон.

При тяжелой форме лечение осуществляется в 2 этапа: на первом этапе проводят гелиотерапию или общее УФ-облучение, микроволны санти- и дециметрового диапазона, индуктотермию, на втором этапе используют факторы, рекомендованные при легкой форме заболевания.

11.5. Генитальный инфантилизм

Признаки генитального инфантилизма:

1. Размеры матки уменьшены незначительно, гормональная функция яичников не изменена или несколько снижена. Назначаются грязи, озокерит, сероводородные воды, мышьяковистые воды, индуктотермия, токи надтональной частоты.

2. Размеры матки уменьшены незначительно, умеренная гипofункция яичников. Назначаются грязи, озокерит, сероводородные воды, индуктофорез меди.

3. Вторичная гипofункция яичников. Назначаются грязи, хлоридно-натриевые воды, электрофорез меди СМТ, вибрационный массаж, шейно-влагищная прерывистая декомпрессия, ультразвук в импульсном режиме.

4. Размеры матки значительно уменьшены и глубокая гипofункция яичников. Назначаются углекислые воды, азотные воды, электрофорез меди СМТ, индуктотермия, ручной массаж пояснично-крестцовой области.

11.6. Доброкачественные гормонозависимые опухоли половой системы и гиперпластические процессы эндометрия

ФФ используются только при отсутствии подозрения на злокачественную трансформацию и при отсутствии показаний к оперативному лечению.

Можно использовать только такие факторы, которые не создают значительную гиперемию в органах малого таза и не усиливают эстроген-прогестероновые нарушения.

Применяются радоновые, йодобромные воды, гальванизация, диадинамические, синусоидальные модулированные токи, переменное магнитное поле, электрофорез лекарственных веществ йода, цинка.

Санаторно-курортное лечение проводится только на курортах, располагающих радоновыми и йодобромными водами.

11.7. Воспалительные заболевания органов малого таза

Цели реабилитации при воспалительных заболеваниях:

- купирование инфекционно-воспалительного процесса;
- профилактика рецидивов заболевания;
- коррекция иммунологического статуса;
- ликвидация вторично возникающих изменений деятельности нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем;
- восстановление нарушенных функций половых органов.

Лечение любых воспалительных заболеваний гениталий проводят с включением всех основных технологий восстановления: физиотерапевтических методов лечения, ЛФК и медицинского массажа. Только комплекс мероприятий может обладать бактерицидным, микоцидным, противовоспалительным, антиэкссудативным, вегетокорригирующим, седативным, иммуностимулирующим и анальгетическим эффектами.

Стадии воспалительных заболеваний:

1. Острая и подострая стадия:

1. Острый вульвит и вульвовагинит. Применяют общее УФ-облучение, КУФ-облучение наружных половых органов.

2. Бартолинит. Применяют УФ-лучи, электрическое поле УВЧ, микроволны сантиметрового и дециметрового диапазона.

3. Эндоцервицит и цервицит. Применяют КУФ-лучи, микроволны санти- и дециметрового диапазона с помощью влагалищного излучателя, электрическое поле УВЧ (эндоцервикально).

Воспалительные процессы в остром периоде можно лечить ФФ только при стабилизации и ограничении процесса (клинические, лабораторные и инструментальные исследования).

Рекомендовано проведение *УФ-эритемотерапии* по методике очаговых и внеочаговых воздействий. Эффективны *микроволны дециметрового диапазона и переменное магнитное поле низкой частоты*. Раннее применение электромагнитного поля сверх-

высокой частоты (СВЧ) (460 МГц) в интенсивном режиме при адекватной антибактериальной терапии повышает результативность лечения острого воспаления придатков матки.

Гипербарическая оксигенация повышает кислородную емкость крови, стимулирует обменные процессы, оказывает мощное стимулирующее влияние на нервную систему.

Обменный плазмозерез — способ освобождения кровеносного русла от патологических элементов (аутоантител, антигенов и циркулирующих комплексов), улучшающий микроциркуляцию крови.

Экстракорпоральное УФО крови больных с помощью аппарата «Изоolda», при котором через 3–5 мин увеличивается кислородная емкость крови и повышенная оксигенация удерживается около 30 сут.

Экстракорпоральная гемосорбция используется при отсутствии выраженного дезинтоксикационного эффекта после трансфузионной и антибактериальной терапии.

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

Рефлексотерапия — лечебный метод, основанный на раздражении специальными иглами (или электротоком) точно локализованных участков кожного покрова, в результате которого происходит специфический эффект.

При сочетании воспалительного процесса с миомой матки или эндометриозом показан электрофорез лекарственных веществ (салицилаты, магний, цинк, кальций).

II. Хронический период:

1. Воспаление бартолиновых желез преддверия влагалища. Применяют тепловые процедуры в виде грязей, пелоидоподобных веществ.

2. Хронический эндоцервицит и цервицит. Применяют электрофорез цинка с помощью внутришеечных воздействий, УВЧ эндоцервикально, ультразвук, грязелечение.

3. Псевдоэрозии шейки матки. Лечат ФФ только после подтверждения диагноза путем кольпоскопии и гистологического исследования. Применяют грязи (влагалищные тампоны), сероводородные орошения, облучение шейки матки КУФ-лучами, микроволны санти- и дециметрового диапазона с помощью вагинального излучателя, электрофорез цинка, НИЛИ.

4. Вагинит. Применяют торфяные грязи, влагалищные тампоны, влагалищное электрогрязелечение. Эффективна местная дарсонвализация, электрофорез цинка, ЛТ.

5. Хронический эндометрит. Применяют лечебные грязи, пеллоидоподобные вещества («труссы» и влагалищные тампоны), сероводородные воды, микроволны санти- и дециметрового диапазона, магнитное поле УВЧ, ультразвук в импульсном режиме, электрофорез цинка или меди (в зависимости от функциональной активности яичников), у больных старше 40 лет — сочетанный электрофорез йода и цинка как и при сочетании с миомой, эндометриозом.

6. Хронический сальпингоофорит:

- в период обострения (применяют УВЧ-терапию, микроволны дециметрового диапазона, УФ-лучи, индуктотермию);
- хроническая тазовая боль (применяют импульсивные токи низкой частоты, УЗ в импульсном режиме, УФ-лучи, сочетанный лекарственный электрофорез, радоновые воды);
- в период ремиссии (применяют УЗ в импульсном режиме, диадинамические или синусоидальные модулированные токи, индуктотермию, у больных до 35 лет — грязи, озокерит, сероводородные, хлоридно-натриевые, мышьяковистые воды; сочетанный электрофорез йода и цинка, йода и амидопирина, йода и магния с помощью влагалищной методики).

7. Воспалительные заболевания тазовой брюшины и клетчатки в хронической стадии рекомендовано лечить по тем же принципам, что и хронический сальпингоофорит. При назначении лечения следует обращать внимание на наличие гипо- или гиперэстрогении.

При сопутствующей гипофункции яичников показаны факторы горного климата, лечебные грязи, сероводородные, углекислые, мышьяковистые, хлоридно-натриевые воды, вибрационный

массаж, УЗ в импульсном режиме, диадинамические, синусоидальные модулированные токи, электрофорез меди.

При частых обострениях с наличием инфекционно-токсических проявлений в период ремиссии применяют скипидарные ванны, индуктотермию, микроволны сантиметровой и дециметрового диапазона.

При хронических воспалительных заболеваний гениталий хорошо себя зарекомендовали методики бальнеотерапии, грязелечения. Они обладают десенсибилизирующим, обезболивающим, противовоспалительным и резорбирующим эффектами. Эффективность грязелечения повышается в сочетании с магнитотерапией и постоянным током низкого напряжения.

В комплексном лечении хронического аднексита применяют также рефлексотерапия, лазеротерапия, баротерапия, УФО крови, плазмозамена, фитотерапия, ЛФК, массаж, психотерапевтические практики.

ГЛАВА 12. Физические факторы при оперативном лечении гинекологических заболеваний

В применении физических факторов при хирургических патологиях методы имеют применение, как при подготовке к операциям, так и при нивелировании послеоперационных осложнений и коррективке послеоперационного течения, с целью уменьшения негативных послеоперационных последствий.

При лечении гинекологических заболеваний применяются следующие физические факторы:

1. Профилактика послеоперационных осложнений — электроанальгезия, акупунктура (купирование болей), ингаляция отрицательно заряженных электроаэрозолей щелочей (профилактика заболеваний органов дыхания), на третьи сутки после операции — воздействие на область послеоперационного шва УФ- или КУФ-лучами, через 5–7 сут после операции целесообразно начинать УЗ-воздействие в импульсном режиме (предупреждение развития спаечного процесса).

2. Лечение осложнений в послеоперационном периоде. При заживлении раны вторичным натяжением рекомендовано применение УЗ-излучения и индуктотермии. Послеоперационные инфильтраты и гематомы (без нагноения) с успехом лечатся микроволнами санти- и дециметрового диапазона, УФ-лучами или электрическим полем УВЧ и грязевыми аппликациями.

3. Медицинская реабилитация после гинекологических операций. После операции по поводу миомы матки и эндометриоза для регуляции имеющихся эндокринных нарушений применяют электрофорез цинка и йода, желательна СМТ.

Проводят 3 курса воздействия. Первый курс назначают через 2–3 нед. после операции. Больным с сохраненной шейкой матки целесообразна электростимуляция шейки.

После операции по поводу трубной беременности для восстановления функциональной активности оставшейся трубы применяют УЗ, грязелечение, озокерит, сульфидные воды, СМТ. Одновременно рекомендуется сочетание вибрационного массажа нижних отделов передней брюшной стенки или УЗ в импульсном режиме. После таких курсов (3 курса электрофореза и 2 курса воздействий другими факторами) целесообразно проведение электростимуляции трубы СМТ.

ГЛАВА 13. Лазерная терапия

Лазеротерапия как высокоэффективный и предельно универсальный физиотерапевтический метод лечения длительное время применяется в клинической практике, в том числе и в гинекологии. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности этого метода физиотерапии не только для стимуляции регенерационных процессов, но и в ряде случаев регуляции функции яичников. Опубликованы обнадеживающие факты об успешном использовании ЛТ при аномальном маточном кровотечении, индуцировании овуляции при бесплодии эндокринного генеза, атрофии вульвы.

Показания определяются механизмами биологического действия НИЛИ и особенностями клинического применения ЛТ. Лазерный свет вызывает ответную реакцию организма нужной силы и направленности, который уже самостоятельно устраняет имеющиеся нарушения, восстанавливает нарушенный гомеостаз, итогом чего и становится выздоровление пациента.

Современные технологии ЛТ в гинекологии предполагают использование следующих методов лазерного воздействия: местное (влагалище, матка), лазеропунктура, неинвазивное надвенное облучение крови (ВЛОК).

Эффекты лазеротерапии:

- безопасность применения;
- возможность регулирования параметров воздействия и точности дозировки при проведении процедур;
- широкий спектр нозологий;
- хорошо сочетается с другими методами лечения и повышает их эффективность;
- простота применения;
- предпочтительна при лечении воспалительных заболеваний, тем самым дозировки антибиотиков и гормональных препаратов может быть снижена.

Показания к применению ЛТ:

- предоперационная подготовка, влагалищный доступ;
- эндометриоз хронический;
- синдром хронической тазовой боли;

- зуд вульвы (невоспалительного генеза);
- атрофия вульвы, вульвовагинит атрофический постменопаузальный;
- бесплодие женское, яичникового происхождения: ановуляция при нормо- и гипоестрогении (органические заболевания яичников исключены);
- эндометриоз генитальный, не требующий оперативного лечения, при выраженной боли;
- сальпингоофорит подострый;
- эндо(мио)метрит хронический в стадии нестойкой ремиссии.

Противопоказания к применению ЛТ:

- геморрагический синдром
- неопластические процессы,
- гипертермический синдром (температура тела больного выше 38 °С);
- системная недостаточность (сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная и печеночная),
- полиорганная недостаточность;
- кахексия,
- эпилепсия и некоторые психические отклонения,
- судорожный синдром.

ГЛАВА 14. Магнитотерапия

Показания к применению метода

В плане дифференцированного использования магнитных полей можно ориентироваться на некоторые различия в лечебных эффектах [Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. 1999]:

- постоянное магнитное поле — коагулокорректирующее, седативное, местно-трофическое, местное сосудорасширяющее, иммуномодулирующее;
- импульсное магнитное поле — нейромнестимулирующее, вазоактивное, анальгетическое, противовоспалительное;
- переменное магнитное поле — вазоактивное, противовоспалительное, противоотечное, трофическое, гипокоагулирующее, местное анальгетическое.

Магнитная терапия назначается очень часто. Она имеет не только доказанную эффективность, но и абсолютно безопасна для человека. Очень часто ее назначают даже новорожденным детям. Перечень показаний для проведения процедуры достаточно внушительный.

Показания к применению магнитотерапии весьма разнообразны и дифференцированы в зависимости от вида используемого магнитного поля.

Показаниями к применению **постоянного магнитного поля** (магнитная индукция от 10 до 150 мТл) до являются:

- Вегетативные полиневриты
- Флебиты и тромбофлебиты
- Воспалительные и обменно-дистрофические заболевания суставов
- Вязолаживающие раны, трофические язвы.

Показаниями для назначения **переменного низкочастотного магнитного поля** (магнитная индукция 0,5–5 мТл, при частоте 50 Гц, или 10–100 мТл, при частоте 2,5 Гц) являются:

- Вязолаживающие гнойные раны, ожоги, трофические язвы
- Флебиты, тромбофлебиты
- Повреждения периферических нервов
- Хронические и острые воспалительные заболевания мочеполовой системы.

Противопоказания к магнитотерапии

При в целом общей безопасности метода и легкой переносимости процедур, в том числе детского возраста, у магнитотерапии есть определенные противопоказания. Основными из которых являются:

- склонность к кровотечению,
- лихорадка,
- системные заболевания крови,
- гипоталамический синдром,
- выраженная гипотония,
- тяжелое течение ИБС с нарушениями ритма,
- ранний постинфарктный период,
- выраженный тиреотоксикоз,
- беременность,
- наличие кардиостимуляторов,
- острый психоз,
- ОНМК,
- индивидуальная непереносимость магнитотерапии.
- злокачественные заболевания, за исключением комплексного лечения с применением лучевой, гормоно- или химиотерапии

ГЛАВА 15. Общие принципы санаторно-курортного лечения в акушерстве и гинекологии

Санаторно-курортное лечение может применяться круглогодично. Использование лечебных факторов санаторно-курортного лечения является одной из действенных мер в реабилитации пациенток с гинекологическими заболеваниями, которая направлена на восстановление прежде всего специфических функций организма женщины. Особенно важны эти методы в лечении женского бесплодия.

Медицинская и экономическая эффективность санаторно-курортного лечения пациенток с гинекологическими заболеваниями зависит в первую очередь от правильного медицинского отбора и направления на курорты и в местные санатории, а также от рационально проведенного комплексного санаторно-курортного лечения пациенток.

Основные показания к санаторно-курортному лечению:

1. Хронические воспалительные заболевания гениталий.
2. Гипофункция яичников.
3. Генитальный инфантилизм.
4. Небольших размеров бессимптомные миомы матки.
5. КС и ПКС.
6. Спаечная болезнь органов малого таза.
7. Бесплодие.

Противопоказания к санаторно-курортному лечению:

1. Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения или осложненные гнойными процессами.
2. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
3. Все венерические заболевания в острой или заразной форме.
4. Психические заболевания, наркомания, хронический алкоголизм, эпилепсия.
5. Злокачественные новообразования или подозрение на их наличие (после радикального лечения при удовлетворительном состоянии могут направляться только в местные санатории для общеукрепляющего лечения).

6. Все заболевания крови в острой стадии и стадии обострения.
7. Кахексия любого происхождения.
8. Все пациенты, требующие стационарного лечения или хирургического вмешательства, а также не способные к самостоятельному передвижению, нуждающиеся в постоянном уходе (кроме спинальных пациентов, направляемых в специализированные санатории).
9. Эхинококк любой локализации.
10. Часто повторяющиеся или обильные кровотечения различного происхождения.
11. Все формы туберкулеза в активной стадии (кроме специализированных санаториев).
12. Состояние после аборта (до первой менструации).
13. Миома матки более 8–9 нед., с субсерозными узлами на тонкой ножке, с болевым синдромом, анемией, нарушениями функции смежных органов.
14. Беременность (с 26 нед. — на климатологических курортах, на других курортах — на всех сроках беременности в жаркое время года).

КОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Тесты

1. Реабилитация пациенток с гинекологическими заболеваниями может быть:

- а) одиночной и множественной;
- б) ранней и поздней; +
- в) первичной и вторичной;
- г) нет правильного ответа;
- д) все ответы верны.

2. В остром периоде воспалительных заболеваний внутренних половых органов лечебная гимнастика:

- а) противопоказана; +
- б) возможна;
- в) проводится по желанию пациента;
- г) проводится по усмотрению лечащего врача;
- д) нет правильного ответа.

3. Перерывы между курсами грязелечения должны быть:

- а) не менее 1 мес.;
- б) не менее 2 мес.; +
- в) не менее 3 мес.;
- г) не менее 4 мес.;
- д) не менее 6 мес.

4. Внутриорганный электрофорез осуществляют после парентерального введения препаратов через, минут

- 1) 40;
- 2) 20;
- 3) 30; +
- 4) 50.

5. Гелиотерапия используется при воспалительных заболеваниях наружных половых органов с целью

- 1) повышения неспецифической резистентности; +
- 2) снижения воспаления;
- 3) улучшения трофики тканей;
- 4) уменьшения отека.

6. К бактерицидным методам физиотерапии при заболеваниях наружных половых органов относится

- 1) коротковолновое ультрафиолетовое облучение; +
- 2) гелиотерапия;
- 3) лазерная терапия;
- 4) пелоидотерапия.

7. К вазоактивным методам физиотерапии в лечении климактерического синдрома относится

- 1) лекарственный электрофорез;
- 2) контрастный душ;
- 3) углекислые ванны;+
- 4) общая франклинизация.

8. К воспалительным заболеваниям наружных половых органов относится

- 1) вульвовагинит; +
- 2) цервицит;
- 3) сальпингоофорит;
- 4) эндометриоз.

9. К методам, снижающим выраженность рубцовых процессов при воспалительных заболеваниях придатков матки относится

- 1) ультрафонофорез; +
- 2) ДМВ-терапия;
- 3) СМВ-терапия;
- 4) лекарственный электрофорез.

10. К природным факторам лечения воспалительных заболеваний матки относится

- 1) таласотерапия; +
- 2) ДМВ-терапия;
- 3) СМТ
- 4) ультрафиолетовое облучение.

11. Методика проведения коротковолнового ультрафиолетового облучения подразумевает длину волны излучения, нм

- 1) 280; +
- 2) 180;

- 3) 320;
- 4) 420.

12. Методика проведения процедуры углекислых ванн при климактерическом синдроме предусматривает концентрацию углекислого газа в воде, г/л

- 1) 1,5–2,5; +
- 2) 0,5–0,8;
- 3) 2,5–3,0;
- 4) 3,0–4,5.

13. Мощность СВЧ-терапии в лечении заболеваний придатков матки, Вт

- 1) 3–8;
- 2) 20–30;
- 3) 10–15; +
- 4) 30–40.

14. Парафин стерилизуют при температуре (в градусах)

- 1) 110–140; +
- 2) 160–180;
- 3) 50–80;
- 4) 80–100.

15. Перед проведением процедуры лекарственного электрофореза аппарат для гальванизации прогревается, минут

- 1) 40;
- 2) 2;
- 3) 10; +
- 4) 30.

16. При проведении общей франклинизации пациенткам с климактерическим синдромом используется электрическое поле высокого напряжения, кВт

- 1) 40; +
- 2) 10;
- 3) 15;
- 4) 20.

17. При проведении пелоидотерапии воспалительных заболеваний матки используется температура грязи, °С

- 1) 10–12;
- 2) 18–20;
- 3) 40–42;+
- 4) 30–36.

18. Продолжительность процедуры контрастного душа при климактерическом синдроме составляет, минут

- 1) 3–5; +
- 2) 1–2;
- 3) 15–20;
- 4) 2–4.

19. Продолжительность процедуры лекарственного электрофореза вазодилататоров в лечении климактерического синдрома составляет, минут

- 1) 20; +
- 2) 10;
- 3) 3;
- 4) 5.

20. Продолжительность процедуры местной дарсонвализации при воспалительных заболеваниях наружных половых органов составляет, минуты

- 1) 10; +
- 2) 15;
- 3) 2;
- 4) 5.

21. Продолжительность процедуры пелоидотерапии при воспалительных заболеваниях матки составляет, минут

- 1) 15–20; +
- 2) 10–12;
- 3) 12–14;
- 4) 5–7.

22. Противопоказание к проведению лазерного облучения крови (ВЛОК) при воспалительных заболеваниях наружных половых органов является наличие

- 1) активное маточное кровотечение; +
- 2) акне;

- 3) бесплодия;
- 4) сахарного диабета.

23. Расположение электродов при лекарственном электрофорезе воспалительных заболеваний придатков матки

- 1) продольное
- 2) диагональное;
- 3) поперечное; +
- 4) сегментарное.

24. Сероводородные ванны в лечении воспалительных заболеваний матки используют при концентрации сероводорода, мг/л

- 1) 100–150; +
- 2) 200–250;
- 3) 250–300;
- 4) 5–10.

25. Температура воды в азотных ваннах при лечении воспалительных заболеваний придатков матки составляет (в градусах)

- 1) 22–28
- 2) 18–25;
- 3) 34–37; +
- 4) 36–42.

Задачи

Ситуационная задача № 1

Пациентка 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов без осложнений. В анамнезе хронический сальпингоофорит около 15 лет, с обострениями 1–2 раза в год. При обострениях получает амбулаторное лечение

ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения слизистые.

БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, умеренно болезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется болезненные придатки; своды глубокие.

Каков диагноз в данном случае?

- А) Обострение хронического сальпингоофорита с tuboовариальным образованием слева) +
- Б) Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.
- В) Киста левого яичника.
- Г) Рак яичников.
- Д) Эндометриоидная киста левого яичника.

Какое дополнительное обследование целесообразно провести в амбулаторных условиях?

- А) Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.+
- Б) Эндоскопическое исследование желудка и кишечника.
- В) Расширенную кольпоскопию.

Тактика лечебного физиотерапевтического воздействия?

- А) В период обострения применить УВЧ-терапию; +
- Б) Лазерная терапия
- В) Провести курс антибактериальной терапии, в случае отсутствия эффекта — госпитализация.
- Г) Радоновые ванны

Ситуационная задача № 2

Пациентка 30 лет состоит на учете по бесплодию в центре планирования семьи в течение 2 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает, операций не было. Замужем 5 лет. Беременностей не было. Обследована: менструальный цикл двухфазный, при сальпингографии трубы проходимы, при УЗИ патологии гениталий не выявлено. Спермограмма мужа в норме.

Какой фактор бесплодия наиболее вероятен?

- А) Трубно-перитонеальный.

- Б) Эндокринный.
- В) Маточный.
- Г) Мужской.
- Д) Идиопатический +

Какие дополнительные исследования провести с целью подтверждения причины бесплодия?

- А) Диагностическую лапароскопию.
- Б) Гистероскопию.
- В) MAR-тест, пробу Курцрока–Миллера.
- Г) Гормональное обследование: ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, тестостерон, уровень АМГ.
- Д) все указанные +

Какое физиотерапевтическое лечение назначить данной пациентке?

- А) лазеротерапия +
- Б) СМТ-терапия
- В) эндоназальная электростимуляция
- Г) стимуляция маммарной зоны

Ситуационная задача № 3

Пациентка 31 года обратилась с жалобами на периодические тянущие боли в области крестца и поясницы, болезненные менструации, боль во время половой жизни, отсутствие беременности в течение 3 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные по 5–6 дней через 26–27 дней, болезненные, регулярно принимает обезболивающие препараты. Замужем, беременностей не было. Периодически лечится по поводу хронического сальпингоофорита. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, отклонена кпереди, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, ограничено в подвижности, наклонено кзади, угол между телом и шейкой матки открыт кзади. Придатки с обеих сторон безболезненные, тяжистые. Своды влагалища глубокие, свободные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- А) Хронический сальпингоофорит, обострение)

- Б) Вторичное бесплодие)
- В) Аденомиоз)
- Г) Первичная дисменорея) +
- Д) Хронический сальпингоофорит вне обострения)
- Е) Ретродевиация матки)

Какие дополнительные исследования необходимо провести пациентке для уточнения диагноза?

- А) Аспирационная биопсия и гистологическое исследование эндометрия)
- Б) УЗИ органов малого таза)
- В) Гормональные исследования: уровень половых и гонадотропных гормонов) +
- Г) Цитологическое исследование мазка из эндо- и экзоцервикса.
- Д) Все перечисленные)

Какое физиотерапевтическое лечение назначить данной пациентке?

- А) транскраниальная магнитотерапия
- Б) Назначаются грязи, хлоридно-натриевые воды.+
- В) внутривенная лазеротерапия
- Г) гелиотерапия

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bø K., Berghmans B., Mørkvæd S., Van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Bridging Science and Clinical Practice. 3rd Edition — January 23, 2024. Elsevier. Great Britain. P.753.
2. Епифанов В.А., Корчажкина Н.Б. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях органов мочевого выделения. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2019. 528 с.
3. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Уродинамические исследования у женщин. М.: «МЕДпресс-информ». 2006. 136 с.
4. Стругацкий В.М. Физические методы лечения в акушестве и гинекологии. М.: Медицина. 1978. 184 с.
5. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. Минск: Интерпрессервис. 2003. 512 с.
6. Ушаков А.А. Практическая физиотерапия. М.: МИА. 2013. 683 с.
7. Nardone R, Venturi A, Ausserer H, Ladurner G, Tezzon F. Cortical silent period following TMS in a patient with supplementary sensorimotor area seizures. //Exp Brain Res. 2007 Nov 24.
8. Oathes DJ, Bruce JM, Nitschke JB. Worry facilitates corticospinal motor response to transcranial magnetic stimulation. // Depress Anxiety. 2007 Nov 28.

Формат 60х90/16, объем 3,875 усл. печ. л.

Бумага 80 г/м². Офсетная. Гарнитура Times New Roman.

Тираж 1000 Заказ № 2026-461-мб

Отпечатано в типографии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

123098, Москва, ул. Живописная, 46

Тел. +7 (499) 190-93-90

rcdm@mail.ru, lochin59@mail.ru

www.fmbafmbc.ru

