

В.А. Епифанов, Н.Б. Корчажкина

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Коллектив авторов	10
Список сокращений и условных обозначений	11
Часть I. Общая часть	13
Глава 1. Здоровье и болезнь.	
Организация акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации	15
1.1. Здоровье и болезнь	15
1.2. Организация акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации	28
1.2.1. Нормативные документы учреждений акушерско-гинекологического профиля	29
1.2.2. Принципы диспансеризации беременных	31
Глава 2. Основы медицинской реабилитации	32
2.1. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов	32
2.2. Принципы и виды реабилитации	39
2.2.1. Принципы реабилитации	39
2.2.2. Виды реабилитации	40
2.3. Нормативно-правовое регулирование медицинской реабилитации	45
2.4. Основные направления реабилитации	48
2.5. Реабилитационная необходимость, способность и прогноз (потенциал)	50
2.6. Специальные цели, уровни и адекватность реабилитационных мероприятий	53
2.7. Назначение и особенности проведения реабилитационных мероприятий	54
2.8. Организация медицинской реабилитации	55
2.9. Этапы медицинской реабилитации	58
2.10. Оценка эффективности реабилитационного лечения	67
2.10.1. Оценка степени восстановления	67
2.10.2. Показания к проведению реабилитационных мероприятий	68
2.11. Реабилитационные мероприятия в акушерстве и гинекологии	68
Глава 3. Основные средства и методы медицинской реабилитации	70
3.1. Лечебная физическая культура	70
3.2. Кинезиотейпирование	92

3.3. Массаж	99
3.3.1. Физиологическое влияние массажа на организм	99
3.3.2. Виды массажа	103
3.4. Мануальная терапия (остеопатия)	121
3.5. Физиотерапия	131
3.6. Рефлексотерапия	142
3.7. Закаливание	150
3.8. Психотерапия	161
3.9. Гирудотерапия	165
Часть II. Медицинская реабилитация при заболеваниях органов репродуктивной системы женщины	169
Глава 4. Медицинская реабилитация при воспалительных заболеваниях женских половых органов	171
4.1. Острое и хроническое воспаление	171
4.2. Воспалительные заболевания женских половых органов . . .	175
4.3. Воспалительные заболевания нижних отделов половых путей	177
4.4. Воспалительные заболевания верхних отделов половых путей (органов малого таза)	179
4.5. Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов	181
Глава 5. Медицинская реабилитация при гормонозависимых заболеваниях женских половых органов	192
Глава 6. Медицинская реабилитация при трубно-перитонеальном бесплодии	201
Глава 7. Медицинская реабилитация при аномальных положениях матки	216
Глава 8. Медицинская реабилитация при опущении и выпадении матки и влагалища	226
Глава 9. Медицинская реабилитация при недержании мочи при напряжении	231
Глава 10. Доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов	245
10.1. Виды доброкачественных опухолевых заболеваний женских половых органов	246
10.2. Виды злокачественных опухолевых заболеваний женских половых органов	251
Глава 11. Медицинская реабилитация при остеопорозе	257
11.1. Факторы риска остеопороза	259
11.2. Профилактика и восстановительное лечение	262

Глава 12. Тазовые боли	272
12.1. Синдром тазовой боли	273
12.2. Гиперлордоз	280
12.3. Крестцовые боли. Блокады крестцово-подвздошного сочленения	290
12.4. Связочная боль	292
12.5. Кокцигодия (синдром тазового дна)	293
12.6. Висцеровертебральные боли, отраженные из органов брюшной полости (синдромы)	299
12.7. Восстановительное лечение вертеброгенных нарушений	301
Глава 13. Медицинская реабилитация при послеоперационных состояниях в гинекологии	309
13.1. Гинекологические операции	309
13.2. Реабилитационный период	311
Часть III. Медицинская реабилитация при беременности и родах	321
Глава 14. Медицинская реабилитация при беременности	323
14.1. Физиологические изменения в организме женщины при беременности	323
14.2. Физиопсихопрофилактическая подготовка женщин	329
14.3. Физические упражнения, подготавливающие женщину к активному участию в родах	340
14.4. «Школа материнства»	356
14.5. Остеопатическое сопровождение беременности	357
Глава 15. Медицинская реабилитация при осложненном течении беременности	360
15.1. Характеристика осложнений течения беременности	360
15.2. Токсикозы беременных	363
15.3. Физические упражнения при беременности, осложненной заболеваниями сердечно-сосудистой системы	364
15.4. Физические упражнения при неправильных положениях и тазовых предлежаниях плода	382
15.5. Медицинская реабилитация беременных, имеющих отклонения в состоянии здоровья	388
15.5.1. Значение физических нагрузок во время беременности	388
15.5.2. Гиподинамия в период беременности	390
15.5.3. Метаболический синдром	395
15.5.4. Ожирение	401
15.5.5. Варикозное расширение вен нижних конечностей	410

Глава 16. Медицинская реабилитация при патологии таза	420
16.1. Узкий таз	420
16.2. Косое положение таза.	423
16.3. Скрученный таз	427
Глава 17. Физические упражнения в родах	432
17.1. Периоды родов и их характеристика	432
17.2. Обезболивание родов	434
17.2.1. Медикаментозное обезболивание родов	436
17.2.2. Немедикаментозное обезболивание при ведении родов	437
17.3. Ведение родов при патологии беременности.	441
17.3.1. Ведение родов у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	441
17.3.2. Ведение родов при узком тазе.	444
Глава 18. Медицинская реабилитация при оперативном родоразрешении (абдоминальное кесарево сечение)	447
18.1. Показания и противопоказания к кесареву сечению	447
18.2. Двигательный режим и средства медицинской реабилитации после кесарева сечения	451
Глава 19. Медицинская реабилитация в послеродовом периоде	461
19.1. Послеродовый период	461
19.2. Медицинская реабилитация в послеродовом периоде	464
19.3. Оздоровительные тренировки	472
19.4. Погашение реакций организма	480
Глава 20. Массаж и физические упражнения в раннем детском возрасте	483
20.1. Массаж и гимнастика новорожденных	485
20.2. Массаж и гимнастика в возрасте от 3 до 4 мес	489
20.3. Массаж и гимнастика в возрасте от 4 до 6 мес	490
Литература	494
Предметный указатель	501

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

4.1. ОСТРОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

Воспаление — это патологический процесс, возникающий в ответ на воздействие инфекта либо разнообразных патогенных факторов экзогенной или эндогенной природы, характеризующийся развитием стандартного комплекса сосудистых и тканевых изменений (Черешнев В.А., Давыдов В.В.).

- Воспаление — основное проявление многих заболеваний, а локализация и характер воспалительного процесса в том или ином органе нередко определяет нозологическую форму и специфику болезни.
- Воспаление — одна из наиболее частых типовых форм реакций организма на действие разнообразных патогенных факторов.

Важнейшими возбудителями, по данным ВОЗ, являются:

- ассоциации анаэробно-аэробных микроорганизмов, в том числе условно-патогенных (смешанные инфекции), — 25–60%;
- гонококк Нейссера — 25–50%;
- хламидии — 15–20%;
- вирусная инфекция — 10–15%.

Пути распространения инфекции являются: а) каналикулярный (восходящий, по протяжению), б) гематогенный и в) лимфогенный.

Факторы риска развития воспалительного процесса.

- *Генитальные факторы* — бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания полового партнера, инфекции, передаваемые половым путем.
- В возникновении воспалительного процесса значительное, а иногда и решающее значение имеют *провоцирующие факторы*: патологические роды, аборт, гистеросальпингография, гистероскопия, выскабливание стенок полости матки, длительное применение внутриматочных контрацептивов.

- *Социальные факторы*: хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, алкоголизм и наркомания, некоторые особенности сексуальной жизни (раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое число половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов, половые сношения во время менструации).
- *Экстрагенитальные факторы*: авитаминоз, сахарный диабет, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммунодефицитные состояния.

Любое воспаление включает 3 основных компонента:

- альтерацию — повреждение клеток и тканей;
- расстройство микроциркуляции с экссудацией и эмиграцией;
- пролиферацию — размножение клеток и восстановление целостности ткани.

Соответственно различают: альтеративное воспаление, экссудативное воспаление, пролиферативное (продуктивное) воспаление и — как его отдельный вариант — гранулематозное воспаление.

Патогенез воспаления представляет собой сложное сочетание нервных, гуморальных и эффекторных механизмов, лежащих в основе большого числа воспалительных феноменов, составляющих вышеперечисленные явления (рис. 4.1).

Выделяют острое и хроническое воспаление (рис. 4.2).

Острое воспаление характеризуется: а) интенсивным течением и завершением воспаления обычно в течение 1–2 нед (в зависимости от поврежденного органа или ткани, степени и масштаба их альтерации, реактивности организма и др.); б) умеренно выраженной альтерацией и деструкцией тканей, экссудативных и пролиферативных изменений в очаге повреждения при нормергическом характере воспаления. При гиперергическом течении в очаге воспаления доминируют альтерация и разрушение тканей.

Признаки острого воспаления и их основные причины подразделяются на местные (локальные) и общие (системные).

Местные признаки острого воспаления нередко обозначают как синдром локального воспалительного ответа, а в зарубежной литературе — Local Inflammatory Response Syndrom (LIRS). К ним относятся: rubor, tumor, dolor, calor, function, laesa.

Воспаление может проявляться не только местными, но и общими (системными) изменениями в организме, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса (рис. 4.3).

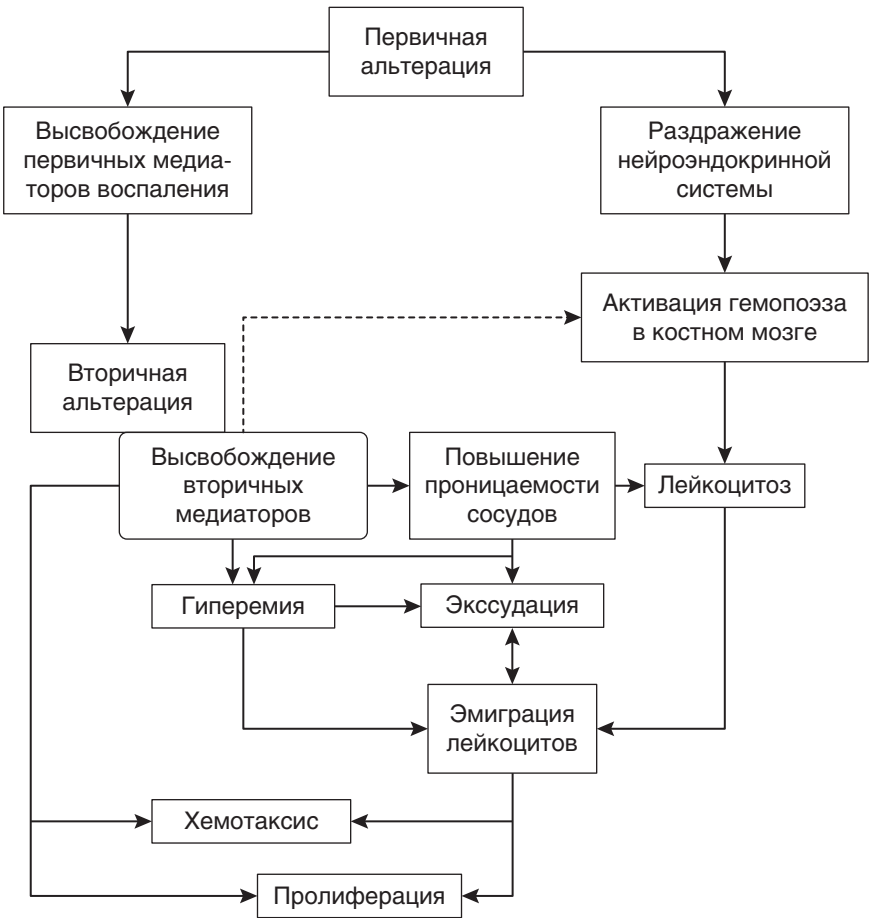


Рис. 4.1. Общая схема патогенеза воспаления

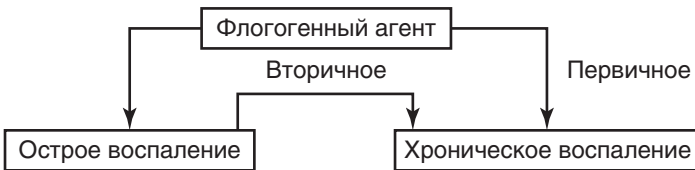


Рис. 4.2. Виды воспаления

Хроническое воспаление может быть первичным и вторичным:

- если воспаление после острого периода приобретает затяжной характер, то его обозначают как вторично-хроническое;
- если воспаление изначально имеет персистирующее — вялое и длительное — течение, его называют первично-хроническим.

Причины хронического воспаления представлены на рис. 4.4.

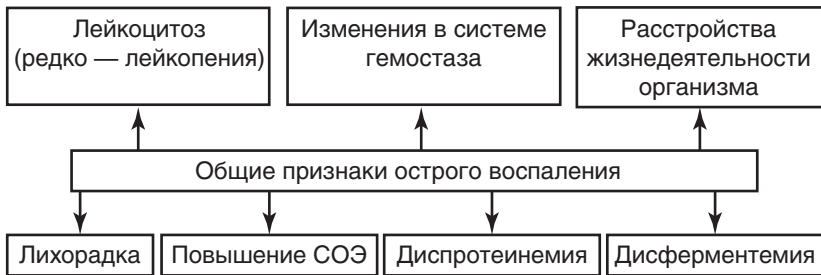


Рис. 4.3. Общие признаки острого воспаления



Рис. 4.4. Основные причины хронического воспаления (Литвицкий П.Ф.)

К условиям, способствующим хроническому, персистирующему течению воспаления, относят следующие факторы:

- значительное накопление в очаге воспаления активированных макрофагов;
- длительную стимуляцию макрофагов различными цитокинами, иммунными комплексами, продуктами распада микробов или клеток организма;
- миграцию в очаг воспаления избыточного количества полиморфно-ядерных лейкоцитов;
- активацию ангиогенеза в очаге хронического воспаления.

4.2. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗПО) занимают первое место (55–70%) в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из причин серьезных функциональных нарушений.

ВЗПО могут возникать под действием механических, термических, химических факторов, но наиболее значим — инфекционный. В зависимости от вида возбудителя ВЗПО делятся на: а) неспецифические и б) специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия).

Причиной неспецифических воспалительных заболеваний могут быть стрептококки, стафилококки, энтерококки, грибы *Candida*, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, кишечная палочка, клебсиеллы, протей, вирусы, актиномицеты, трихомонады и др. Наряду с абсолютными патогенами (гонококки, хламидии, трихомонады, *Mycoplasma genitalium*) в возникновении ВЗПО важную роль играют и условно-патогенные микроорганизмы, обитающие на определенных участках половых путей, а также ассоциации микроорганизмов.

В настоящее время воспалительные заболевания в половых путях вызываются смешанной микрофлорой с преобладанием анаэробных неспорообразующих микроорганизмов. Патогенные возбудители ВЗПО передаются половым путем, реже — бытовым (в основном у девочек при пользовании общими предметами гигиены). К заболеваниям, передаваемым половым путем, относят гонорею, хламидиоз, трихомониаз, герпетическую и папилломавирусную инфекцию, синдром приобретенного иммунодефицита, сифилис, аногенитальные бородавки, контактный моллюск. Условно-патогенные микроорганизмы становятся

возбудителями ВЗПО при определенных условиях, повышающих их вирулентность, с одной стороны, и снижающих иммунобиологические свойства макроорганизма — с другой. К влагалищным палочковидным бактериям относятся также актиномицеты, коринебактерии, бактериоды, фузобактерии (Савельева Г.М., Манухин И.Б.).

Патогенез. После проникновения инфекции в очаге поражения происходят деструктивные изменения с возникновением воспалительной реакции. Высвобождаются биологически активные медиаторы воспаления, вызывающие расстройства микроциркуляции с экссудацией и одновременно стимуляцию пролиферативных процессов. Наряду с местными проявлениями воспалительной реакции, характеризующейся пятью кардинальными признаками (краснота, припухлость, повышение температуры, болезненность и нарушение функций), могут возникать общие реакции, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса. Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенную скорость оседания эритроцитов, ускоренный обмен веществ, явления интоксикации организма. Изменяются деятельность нервной, гормональной и сердечно-сосудистой систем, показатели иммунологической реактивности гемостазиограммы, в очаге воспаления нарушается микроциркуляция. Воспаление относится к числу наиболее распространенных патологических процессов. С помощью воспаления обеспечиваются локализация, а затем элиминация инфекционного агента вместе с поврежденной под его воздействием тканью (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б., Лихачев В.К.).

Одной из причин затяжного течения воспалительного процесса, например матки и ее придатков, служит несостоятельность защитных систем организма, которая проявляется в изменении клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижении показателей неспецифической резистентности, сенсibilизации организма и развитии *аутоиммунного процесса*. Важным патогенетическим звеном хронического воспаления матки и придатков у женщин репродуктивного возраста являются нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции. У больных, например, с хроническим аднекситом отмечаются повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности крови с развитием хронической формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Все это приводит к гипоксии тканей, замедлению процессов регенерации и хронизации процесса (рис. 4.5).

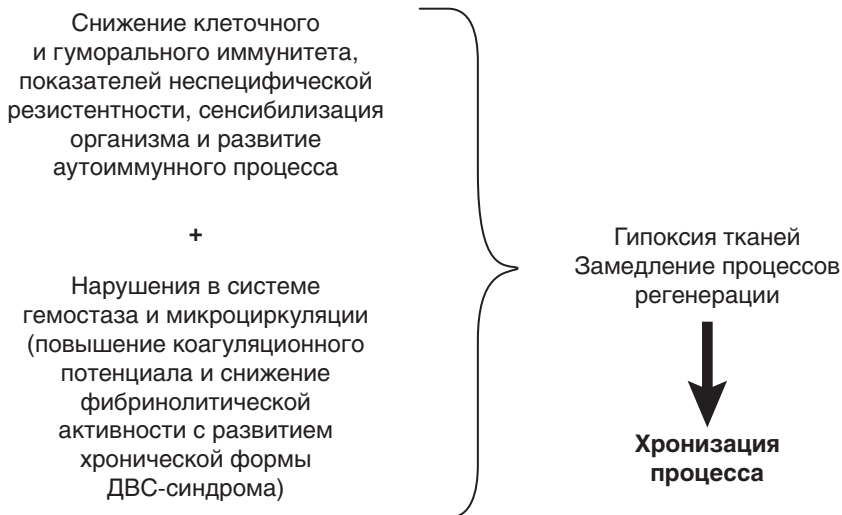


Рис. 4.5. Патогенез хронических воспалительных заболеваний женских половых органов

Классификация.

1. По локализации патологического процесса различают воспалительные заболевания нижних (вульвит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, цервицит) и верхних (эндомиометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит) отделов половых органов, границей которых является внутренний маточный зев.
2. По клиническому течению воспалительные процессы разделяют на:
 - острые с выраженной клинической симптоматикой;
 - подострые со стертыми проявлениями;
 - хронические (с неустановленной давностью заболевания или давностью более 2 мес) в стадии ремиссии или обострения.

4.3. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Вульвит — воспаление наружных половых органов (вульвы). У женщин репродуктивного периода вульвит чаще развивается вторично — при кольпите, эндоцервиците, эндометрите, аднексите. Первичный вульвит встречается у взрослых при диабете, несоблюдении правил гигиены (определенность кожи при ожирении), при термических, механи-

ческих (травмы, ссадины, расчесы), химических воздействиях на кожу наружных половых органов.

Клинически заболевание проявляется гиперемией и отечностью вульвы, гнойными или серозно-гнойными выделениями, увеличением паховых лимфатических узлов. В хронической стадии клинические проявления стихают, периодически появляются зуд, жжение.

К дополнительным методам диагностики вульвита относится бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого наружных половых органов для выявления возбудителя заболевания.

Бартолинит — воспаление большой железы преддверия влагалища. Воспалительный процесс в цилиндрическом эпителии, выстилающем железу, и окружающих тканях быстро приводит к закупорке ее выводного протока с развитием абсцесса.

При бартолините пациентка жалуется на боли в месте воспаления. Определяются гиперемия и отек выводного протока железы, при надавливании появляется гнойное отделяемое. Формирование абсцесса приводит к ухудшению состояния. Появляются слабость, недомогание, головная боль, озноб, повышение температуры тела до 39 °С, боли в области бартолиновой железы становятся резкими, пульсирующими. При осмотре видны отек и гиперемия в средней и нижней третях большой и малой половых губ на стороне поражения, опухолевидное образование, закрывающее вход во влагалище. Пальпация образования резко болезненна. Заболевание может рецидивировать, особенно при самолечении.

Кольпит — воспаление слизистой оболочки влагалища (рис. 4.6). Этиология — чаще инфекционная, вызванная трихомонадами, грибами кандиды, вирусами генитального герпеса, кишечной флорой и др.



Рис. 4.6. Кольпит (схема)

По течению патологического процесса различают три стадии: острую, подострую и хроническую.

Инфекционные заболевания влагалища являются самыми частыми у пациенток репродуктивного периода. К ним относятся: а) бактериальный вагиноз; б) неспецифический вагинит; в) вагинальный кандидоз; г) трихомонадный вагинит. При упорном рецидивировании заболевания необходимы поиск и устранение патогенных факторов.

4.4. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ (ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА)

Эндометрит — воспаление слизистой оболочки матки с поражением как функционального, так и базального слоя.

Острый эндометрит, как правило, возникает после различных внутриматочных манипуляций: аборта, выскабливания, введения внутриматочных контрацептивов, а также после родов. Воспалительный процесс может быстро распространиться на мышечный слой (эндомиометрит), а при тяжелом течении поражать всю стенку матки (панметрит). Заболевание начинается остро — с повышения температуры тела, появления болей внизу живота, озноба, гнойных или сукровично-гнойных выделений из половых путей. Острая стадия заболевания продолжается 8–10 дней и заканчивается, как правило, выздоровлением. Реже происходит генерализация процесса с развитием осложнений (параметрит, перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит вен малого таза, сепсис) или воспаление переходит в подострую и хроническую форму.

Хронический эндометрит возникает чаще вследствие неадекватного лечения острого эндометрита, чему способствуют неоднократные выскабливания слизистой оболочки матки по поводу кровотечений, остатки шовного материала после кесарева сечения, внутриматочные контрацептивы. К основным симптомам хронического эндометрита относят нарушения менструального цикла — мено- или менометроррагии вследствие нарушения регенерации слизистой оболочки и снижения сократительной способности матки. Больных беспокоят тянущие, ноющие боли внизу живота, серозно-гнойные выделения из половых путей. Нередко в анамнезе есть указания на нарушения генеративной функции — бесплодие или самопроизвольные аборты. Хронический эндометрит можно заподозрить на основании данных анамнеза, клинической картины, гинекологического осмотра (небольшое увеличение и уплотнение тела матки, серозно-гнойные выделения из половых путей).

Сальпингоофорит (аднексит) — воспаление придатков матки (трубы, яичника, связок) — возникает восходящим либо нисходящим путем вторично с воспалительно-измененных органов брюшной полости (например, при аппендиците) или гематогенно. При восходящем инфицировании микроорганизмы проникают из матки в просвет маточной трубы, вовлекая в воспалительный процесс все слои (сальпингит), а затем у половины больных — и яичник (оофорит) вместе со связочным аппаратом (аднексит, сальпингоофорит). Воспаление придатков у женщины вызывает специфическая и неспецифическая микрофлора.

- Специфическая — все патогены, приводящие к развитию инфекций, передаваемых половым путем: гонококки Нейссера, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы и т.д.
- Неспецифическая — стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, протей и др.

Наиболее часто встречаются сочетанные формы патогенов (микст-инфекция). Воспаление в трубах и яичниках имеет общие причины, похожие клинические симптомы и, как правило, изолированно друг от друга встречается редко. Воспаление придатков бывает одностороннее и двустороннее (рис. 4.7).

Заболевание чаще всего возникает у женщин раннего репродуктивного периода, ведущих активную половую жизнь.

Хронический сальпингоофорит (аднексит) является следствием перенесенного острого или подострого воспаления придатков матки. К причинам хронизации воспалительного процесса следует отнести неадек-

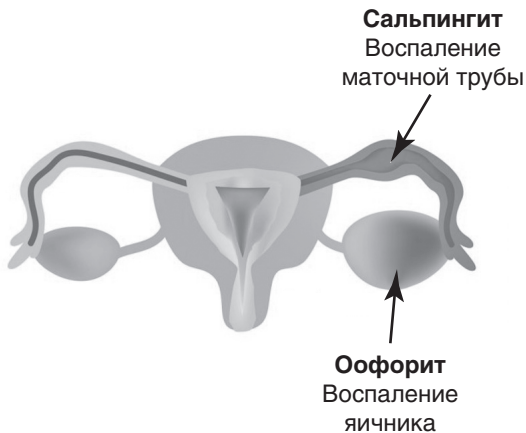


Рис. 4.7. Сальпингоофорит (схема)

ватное лечение острого аднексита, снижение реактивности организма, свойства возбудителя. Хронический сальпингоофорит сопровождается развитием воспалительных инфильтратов, соединительной ткани в стенке маточных труб и образованием гидросальпинксов. Бесплодие при хроническом аднексите объясняется как нарушением стероидогенеза в яичниках, так и трубно-перитонеальным фактором. Спаечный процесс в придатках матки может стать причиной внематочной беременности.

Пельвиоперитонит (воспаление брюшины малого таза) возникает вторично при проникновении возбудителей из матки или ее придатков в полость малого таза. В зависимости от патологического содержимого в малом тазу различают серозно-фибринозный и гнойный пельвиоперитонит. Заболевание начинается остро, с появления резких болей внизу живота, повышения температуры тела до 39–40 °С, озноба, тошноты, рвоты, жидкого стула. По мере стихания острых явлений в результате образования спаек матки и придатков с сальником, кишечником, мочевым пузырем воспаление локализуется в области малого таза.

Параметрит — воспаление клетчатки, окружающей матку. Возникает при распространении инфекции из матки после родов, абортов, выскабливаний слизистой оболочки матки, операций на шейке матки, при использовании внутриматочных контрацептивов. Инфекция проникает в параметральную клетчатку лимфогенным путем. При нагноении экссудата возникает гнойный параметрит, который может разрешиться выделением гноя в прямую кишку, реже — в мочевой пузырь, брюшную полость.

Клиническая картина воспалительных заболеваний женских половых органов характеризуется синдромом микробной интоксикации, воспалительных реакций, кожного зуда и иммунной дисфункции. Основные жалобы пациентов при воспалительных заболеваниях — появление выделений из влагалища, развитие болевого синдрома внизу живота с иррадиацией в крестцовые и паховые области и симптомы интоксикации.

4.5. ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Восстановительное лечение воспалительных заболеваний полностью зависит от типа, а также стадии заболевания. Принципиально важным условием успешной терапии бактериальных кольпитов (вульвовагинитов) и профилактики их рецидивов является тщательное соблюдение больной правил личной гигиены. Лечение, направленное

на ликвидацию только местных проявлений заболевания, следует признать недостаточным. Поскольку в этом случае возможен лишь кратковременный эффект, неизбежны рецидивы и возникают условия для длительного течения воспалительного процесса. Наиболее рациональна комплексная терапия, целью которой является устранение как местных (очаговых) изменений, так и сопутствующих заболеваний, а также повышение защитных и адаптационных реакций организма.

Принципы терапии воспаления.

Смысл и цель использования при воспалении различных лечебных воздействий — усиление защитных, компенсаторных и приспособительных реакций и ослабление реакций и механизмов повреждения клеточно-тканевых структур.

Для лечения воспаления используют все известные принципы: этиотропный патогенетический, саногенетический и симптоматический (Черешнев В.А., Давыдов В.В.).

- Этиотропная терапия направлена на ликвидацию или ослабление неприятных условий, но главное — на прекращение влияния флогогенного фактора или уменьшение силы и/или длительности его повреждающего действия на клеточно-тканевые структуры организма, например уничтожение или ослабление действия патогенных вирусов, грибов, паразитов путем использования бактерицидных или бактериостатических медикаментозных и немедикаментозных средств.
- Патогенетическая терапия заключается в блокировании или разрыве основного, ведущих и второстепенных звеньев патогенеза воспаления, осуществляемых следующим образом:
 - ослабление избыточных процессов альтерации и экссудации посредством использования способов и средств, уменьшающих расстройства регионарного кровообращения (особенно микроциркуляции) и метаболизма;
 - ускорение очищения очага воспаления от погибших клеточно-тканевых структур, микроорганизмов и токсинов посредством использования хирургических или гидролитических средств;
 - снижение гипоксии и ее негативных последствий, для чего используют различного строения и механизма действия антигипоксанты или средства, улучшающие насыщение тканей кислородом;
 - уменьшение гипоксемии посредством восстановления местного кровообращения и улучшения насыщения гемоглобина кислородом;

- торможение синтеза и действия медиаторов воспаления первого порядка (гистамина, серотонина, кининов и др.).
- Саногенетическая терапия направлена на активизацию защитных, компенсаторных и приспособительных реакций и механизмов, направленных на ускорение и улучшение восстановления нарушенных морфологии, метаболизма и функций тканей очага воспаления посредством стимуляции адаптивных, иммунных и пролиферативных реакций и механизмов.
- Симптоматическая терапия заключается в предупреждении, ослаблении и ликвидации неприятных местных и общих симптомов, возникающих в организме в ответ на многообразные вызванные воспалением повреждения клеточно-тканевых структур. Этого достигают применением различных медикаментозных и немедикаментозных способов и средств, уменьшающих выраженность и длительность разнообразных как эмоционально негативных ощущений, так и патологических общих и местных изменений.

Основные задачи медицинской реабилитации:

- улучшение нервно-психического состояния;
- ликвидация остаточных явлений воспаления;
- борьба с последствиями гиподинамии;
- общее укрепление организма женщины и восстановление трудоспособности.

Медикаментозное лечение. Основные методы медикаментозного лечения — это применение этиотропных, т.е. влияющих непосредственно на возбудитель, препаратов местно и внутрь; местное применение антисептиков и дезинфицирующих растворов; десенсибилизирующая терапия; витаминотерапия; иммунопрофилактика.

Лечение любых воспалительных заболеваний женских половых органов должно проводиться с включением всех основных технологий восстановления: а) физиотерапевтических методов лечения, обладающих бактерицидным и микоцидным, противовоспалительным и антиэкссудативным, вегетокорректирующим и седативным, иммуностимулирующим и анагетическим эффектами; б) физических упражнений и в) различных видов массажа, входящих составной частью в реабилитационные программы.

Основные задачи медицинской реабилитации:

- улучшение нервно-психического состояния;
- ликвидация остаточных явлений воспаления;
- борьба с последствиями гиподинамии;

- общее укрепление организма женщины и восстановление трудоспособности.

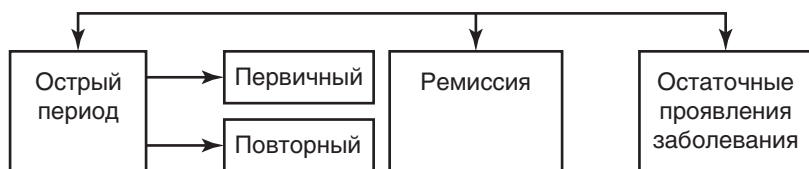
Физиотерапия. Ведущую роль в комплексном лечении играют физические лечебные средства. Их назначают с целью улучшения гемодинамики органов малого таза, в том числе матки, стимуляции сниженной функции яичников и рецепторов эндометрия, ускорения процессов регенерации и роста эндометрия, повышения иммунобиологических реакций организма (рис. 4.8).

Физиотерапию осуществляют дифференцированно, в зависимости от возраста больной, длительности хронического воспаления, сопутствующих заболеваний половой и других систем организма, а также с учетом специфического лечебного действия физических факторов.

Лечение любых воспалительных заболеваний женских половых органов должно проводиться с включением физиотерапевтических методов лечения, обладающих бактерицидным и микоцидным, противовоспалительным и антиэкссудативным, вегетокорректирующим и седативным, иммуностимулирующим и аналгетическим эффектами (Корчажкина Н.Б., Петрова М.С., Михайлова А.А.).

1. Бактерицидные и микоцидные методы.

КУФ-облучение: процедуру проводят, используя излучение $\lambda=180-280$ нм, начиная с 1 биодозы + 1 биодоза через день; курс 5–6 процедур.



- Дегидратирующий эффект
- Болеутоляющее действие
- Иммунокоррекция
- **Обязательная адекватная антибактериальная терапия!**

- Болеутоляющее действие
- Улучшение регионарной гемодинамики
- Дефиброзирующий (фибролитический) эффект
- Профилактика хронизации процесса

- Устранение вторично возникших функциональных нарушений эндокринной, сосудистой, нервной и других систем организма, смежных органов

Рис. 4.8. Клинические задачи физиотерапии при воспалительных заболеваниях придатков матки (Стругацкий В.М.)

Полуванны с калия перманганатом: для данной методики используют сидячие ванны с 5% раствором KMnO_4 , температура воды поддерживается 36°C , время процедуры 10 мин, ежедневно; курс 8–10 процедур.

Электрофорез цинка: применяют 2% раствор цинка, методика внутривлагалищная, сила тока 1–2 мА, время процедуры 20 мин, ежедневно; курс составляет 10 процедур.

Местная озонотерапия может применяться в четырех вариантах:

- простая инстиляция озонированной дистиллированной воды;
- проточные инсуффляции мелкодисперсной взвеси озонированной дистиллированной воды;
- проточные инсуффляции смеси O_2/O_3 с предварительным увлажнением зоны обработки озонированной дистиллированной водой;
- комбинированные проточные инсуффляции смеси O_2/O_3 в сочетании с мелкодисперсной взвесью озонированной дистиллированной воды.

2. Методы для уменьшения и/или ликвидации болевого синдрома.

Импульсная электротерапия: диадинамотерапия, амплипульстерапия, интерференц-терапия местно по общепринятой методике ежедневно или через день, курс 8–10 процедур.

Электро-, диадинамо-, СМТ-, интерференц-форез обезболивающих препаратов местно по общепринятой методике ежедневно, курс 5–10 процедур.

3. Методы, обладающие противовоспалительным и антиэкссудативным эффектом.

Локальная криотерапия: местная методика на курс 3–5 процедур.

Лазеротерапия: проводится на область промежности, вагинально, ректально или на бедренные сосуды ежедневно, курс 8–10 процедур.

СУФ-облучение: в эритемных дозах, начинают с 2–3 биодоз, прибавляя по 1 биодозе, ежедневно, на курс 8 процедур.

Электрофорез или фонофорез антибиотиков и растительных противовоспалительных препаратов в проекции патологического очага, вагинально или ректально ежедневно, курс 10–12 процедур.

Комбинированная пелоидотерапия области трусиковой зоны и магнитотерапия ежедневно или 2 дня подряд с перерывом на 3-й день, курс 12–15 процедур.

УВЧ-терапия: в данной методике применяют низкоинтенсивное УВЧ-поле (27,12 МГц) на область промежности, по продольной методике, доза нетепловая (мощность 30 Вт), продолжительность процедуры 10 мин, курс 6–10 процедур, ежедневно.

Электростатический массаж («Глубокая осцилляция тканей»): проводится на запатентованном аппарате «Хивамат» на трусиковую и пояснично-крестцовую области, начиная с высоких (80–200 Гц) и заканчивая низкими (5–25 Гц) частотами (по противовоспалительной методике). Продолжительность процедуры 10–15 мин, курс 6–10 процедур, ежедневно.

Структурно-резонансная терапия: воздействие проводится низкоинтенсивными электромагнитными полями на аппарате «РЕМАТЕРП», гинекологическая методика (№43), продолжительность процедуры 43 мин, курс 6–10 процедур, ежедневно.

Фототерапия поляризованным светом: методика проводится на аппаратах «Биоптрон», длина волн от 480 до 3400 нм, экспозиция 10 мин, процедуры проводятся 2 раза в день, курс 7–10 дней.

4. Методы, обладающие вегетокорригирующим и седативным эффектом.

Гальванизация воротниковой области по Щербаку ежедневно, на курс 10–15 процедур.

Гальванизация по глазнично-затылочной методике ежедневно, курс 10 процедур.

Электрофорез седативных препаратов брома ежедневно, курс 10 процедур.

Нирвана — виртуальная, акустическая и обонятельная реальность (для нормализации психоэмоционального состояния), ежедневно курс до 15–20 процедур.

Азотные ванны, температура 36 °С, курс 10 процедур.

Хвойные ванны, температура 36–37 °С, курс 10–12 процедур.

Селективная хромотерапия: применяют синий (зеленый) цвет для подавления психоэмоционального напряжения и нормализации процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга, продолжительность процедуры 20 мин, ежедневно; курс 10–15 процедур. Возможно в сочетании с гидротерапией (ванна Каракала).

Лазерное облучение крови: проводят надвенное облучение в кубитальной области красным излучением (длина волны 0,63 мкм), мощностью 40 мВ, в непрерывном режиме, продолжительность процедуры по 4–8 мин, ежедневно; на курс 8–10 процедур.

Рефлексотерапия. Лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов проводится в стационаре.

В острой фазе воспалительного процесса при нормализации температурной реакции можно назначать крайне высокочастотную рефлексотерапию (КВЧ-пунктуру), рефлексотерапию по верхним и нижним

конечностям (по акупунктурной системе мастера Тонг), где воздействие иглами проводится 2 раза в неделю, количество точек для воздействия не более 5–6.

При стихании признаков воспаления для усиления венозного кровообращения, усиления микроциркуляции воздействуют магнито-рефлексотерапией (магнитопунктурой), лазеро-рефлексотерапией (лазеропунктурой) на точки пояснично-крестцовой области в сочетании с канальными точками. Для восстановления гормонального фона, гомеостаза воздействуют корпоральной рефлексотерапией в сочетании с рефлексотерапией по микроакупунктурным системам (аурикулотерапией).

Основная роль в лечении хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов вне обострений принадлежит рефлексотерапии: гирудопунктура, лазеропунктура, иглорефлексотерапия, электропунктура. В первую очередь проводится курс гирудорефлексотерапии преимущественно по точкам пояснично-крестцовой области и живота (процедур 10 интервалом 2 дня), затем курс корпоральной рефлексотерапией (акупунктура) с использованием экстраординарных (чудесных) каналов — 10 процедур. Также можно одновременно использовать раздражение пучком игл, которое предшествует акупунктуре или завершает ее. Раздражение включает область низа живота, крестца, внутренней поверхности бедер и голени. Сила раздражения — до степени умеренного дермографизма. Альтернатива пучка игл — прогревание или прижигание (мокса).

При хронических воспалительных процессах также используют сочетанное воздействие электропунктуры по точкам пояснично-крестцовой области с лазеропунктурой по канальным точкам и наклеиванием кросс тейпов по канальным точкам (на 1–2 дня с перерывом между процедурами 1–2 дня).

ЛФК. Особое значение в занятиях придается упражнениям, направленным на укрепление мышц и усиливающим кровообращение тазовой области. К ним относятся: а) изотонические упражнения (сгибания, наклоны и повороты туловища, выполняемые с максимальной амплитудой из различных исходных положений — стоя, сидя, стоя на коленях, лежа на спине и на животе); б) изометрические напряжения мышц тазового дна (экспозиция 5–7 с); в) общеразвивающие упражнения с гимнастическими предметами (гантели, гимнастические палки и мн. др.). Кроме того, для повышения общего тонуса организма способствуют различные варианты ходьбы: с подниманием на носки, с высоким подниманием коленей, с махом прямой ногой вперед, скрестным шагом, с выпадом вперед, в полуприседе, в приседе и др. (рис. 4.9).



Рис. 4.9. Групповые занятия в зале лечебной физической культуры

При воспалительных заболеваниях рекомендована ходьба, которая усиливает деятельность мышц, связанных с тазобедренными суставами, и улучшает кровообращение в органах малого таза.

Для предотвращения спаечного процесса применяют упражнения, изменяющие положение органов брюшной полости, малого таза и внутрибрюшное давление: переход из положения лежа на спине в положение сидя без помощи рук, без опоры ногами; отжимание на руках в ИП лежа на животе с одновременным поочередным подниманием прямых ног; ИП — стоя, наклоны, повороты и вращения туловища, упражнения со скалкой, приседания, упражнения в бросках и ловле мячей.

Различные виды тренажеров с применением методов биологической обратной связи — назначаются для улучшения кровоснабжения органов малого таза, за счет индивидуально подобранного режима физических упражнений на данную область. Продолжительность процедуры 15–20 мин, ежедневно; курс 10 процедур.

Массаж применяют при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов: гинекологический массаж, общий классический массаж, а при сопутствующем бесплодии — вибрационный массаж поясницы, нижнего отдела живота и приводящих мышц бедра.

При воспалительных заболеваниях органов репродуктивной системы женщины применяются следующие виды массажа: гинекологический (проводится только врачом-гинекологом), вибрационный, сегментарно-рефлекторный и точечный. В программу также включаются:

- вибромассажная релаксация: проводят при частоте вибрации 8,33; 53,3 и 46,66 Гц, в течение 15 мин, ежедневно; на курс 10 процедур;

- аудиовизуальная релаксация: для данной методики используется музыкотерапия по программам релаксации, 15–20 мин, ежедневно; курс 10 процедур;
- сухой гидромассаж — проводят на гидромассажных аппаратах со специальной эластичной мембраной, которая располагается между пациентом и водной средой. Назначается программа релаксации, 15–20 мин, ежедневно; курс 10 процедур.

Санаторно-курортное лечение. Направление на санаторно-курортное лечение врач должен планировать заранее, убедившись в недостаточной результативности иных имеющихся в его распоряжении методов терапии. Непосредственно перед поездкой женщины на курорт, целесообразно провести курс физиотерапии. Это тренирует адаптационно-приспособительные механизмы организма больной и в определенной мере позволяет прогнозировать оптимальный вариант курортных процедур.

Решая вопрос о назначении больной курортного лечения и выборе конкретного курорта, врачу следует руководствоваться официальными показаниями и противопоказаниями к направлению больных на курорты (приказы Минздрава РФ), более широко, чем в настоящее время, используя, особенно для грязелечения, не только федеральные, но и региональные курорты, находящиеся вблизи постоянного места жительства больной.

- Больные с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от характера последних могут быть направлены на курорты с сульфидными, углекислыми и радоновыми ваннами.
- Больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы — на курорты, располагающие грязью, сульфидными и радоновыми ваннами.
- Больные с неврозами, заболеваниями ЦНС, почек, неспецифическими заболеваниями легких — на климатические курорты.
- Больные с болезнями органов пищеварения — на курорты с грязями и питьевыми минеральными водами.

В этих случаях курортная терапия окажет положительное влияние на различные стороны патологического процесса.

Роль *остеопатического сопровождения пациенток*, перенесших воспалительные заболевания органов малого таза, на этапе реабилитации, безусловно, велика. Остеопатическое лечение каждой пациентке должно проводиться индивидуально и основываться на результатах остеопатической диагностики и заполненного остеопатического заключения.

На первом этапе проводится диагностика так называемых соматических дисфункций. **Соматическая дисфункция** — обратимое изменение

структурно-функционального состояния тканей тела человека, характеризующееся нарушением подвижности, микроциркуляции, выработки и передачи эндогенных ритмов и нервной регуляции. Соответственно целью остеопатического лечения будет устранение выявленных соматических дисфункций при помощи мануальных методов воздействия на организм женщины, улучшение подвижности органов, их микроциркуляции и нервной регуляции.

После перенесенных воспалительных процессов органов малого таза наиболее частыми соматическими дисфункциями локального уровня являются ограничения мобильности матки и ее придатков, а также нередко встречаются соматические дисфункции регионального и глобального уровня. Это обусловлено наличием тесной взаимосвязи репродуктивных органов с костно-мышечными структурами таза посредством соединительнотканых сагиттальных пластин и связочного аппарата, а также наличием глобального неврального обеспечения органов малого таза.

Среди соматических дисфункций локального уровня наиболее часто встречаются ограничения мобильности (фиксации) матки, маточных труб и яичников.

Фиксации матки часто возникают вследствие спаечного процесса в брюшной полости после перенесенных хронических воспалительных заболеваний кишечника, придатков матки и самой матки. При рестрикции одной или нескольких подвешивающих или фиксирующих связок матки происходит изменение положения матки в полости малого таза. При односторонней рестрикции широких связок возникает латерофлексия (латероверсия), напряжение круглых связок проявляется избыточной антефлексией (антеверсией), дисфункция крестцово-маточных пластин приводит к ретрофлексии (ретроверсии) матки, одностороннее поражение круглой связки вызывает торсию матки.

Основной соматической дисфункцией маточной трубы является фиксация, возникающая как следствие частых воспалительных процессов — сальпингитов, с последующим сужением просвета трубы, нарушением функции мерцательного эпителия вплоть до полной непроходимости маточных труб, приводящей к бесплодию. Работа врача-osteopата будет направлена на устранение возникших ограничений подвижности, препятствующих функциональной активности труб, восстановление фертильности.

Спаечные процессы брюшной полости, хронические воспалительные заболевания маточных труб (сальпингиты) и яичников (оофориты), хронические колиты способствуют ограничению подвижности

и фиксации яичников. Фиксации приводят к нарушению процессов метаболизма в яичниках и разбалансировке их гормональной функции. Osteопатическая работа направлена на восстановление подвижности всех фасциальных структур, окружающих яичник, нормализацию мотильности органа и гармонизацию работы обоих яичников.

Таким образом, хронические воспалительные заболевания органов малого таза на этапе реабилитации являются одним из показаний для проведения остеопатического лечения.