

Под редакцией И.В. Кузнецовой

# Адьювантная и альтернативная терапия в акушерстве и гинекологии

библиотека

врача-клинициста



## Физиотерапия женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин занимают ведущее место в гинекологической клинике. Около 78% гинекологических больных обращаются к врачу по поводу этой группы заболеваний, которые являются одной из причин нетрудоспособности работающих женщин. Поэтому проблема ВЗОМТ у женщин имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

За последние годы в структуре ВЗОМТ произошли существенные изменения: у 65 – 84% больных процесс локализуется в придатках матки, значительно реже наблюдается его распространение на параметральную клетчатку, брюшину малого таза, редко встречаются гнойные формы заболеваний. Существенно изменилась и клиника воспалительных заболеваний. Острая стадия заболевания диагностируется только у каждой четвертой пациентки. У больных этой группы общая реакция организма обусловлена токсемией, проявляющейся повышением температуры тела, изменениями картины крови с наличием лейкоцитоза и острофазных показателей в лейкограмме, болевым симптомом. У остальных заболеваний чаще начинается без предшествующей острой стадии воспалительного процесса, протекает торpidно, длительно, с частыми обострениями, редко вовлекая в патологический процесс другие органы малого таза. У 30% пациенток такая патология приводит к хронизации процесса с последующим расстройством менструального цикла и репродуктивной функции, болевому синдрому, существенно изменяя качество жизни временной женщины [34].

При назначении ФТ у пациенток с ВЗОМТ определяют нозологическую форму и локализацию воспалительного процесса внутренних гениталий, степень его распространенности и фазу. Такой подход позволяет:

- повысить клиническую результативность лечения вследствие непосредственного локального (местного) воздействия на патологический очаг и сопряженные с ним органы и ткани;
- исключить возможность осложнений и отрицательных ответных реакций;
- уменьшить дозу лекарственных средств без снижения клинического эффекта;
- улучшить качество жизни пациентки.

### Физиотерапия острых воспалительных процессов в малом тазу

Лечение острого воспалительного процесса внутренних половых органов, чаще вызываемого стафилококком, кишечной палочкой, грамотрицательными бактериями или анаэробами, начинают с медикаментозной терапии

и проводят в сочетании (или без) с другой терапией, в том числе и ФТ. При этом следует подчеркнуть, что ЛФФ назначают при адекватной медикаментозной терапии, когда процесс ограничен и стабилизирован. Применение ЛФФ сокращает период экссудации и ликвидирует расстройства микроциркуляции в патологическом очаге, предупреждает избыточную пролиферацию соединительной ткани и развитие рубцово-спаечных процессов в малом тазу. Задачами применения ЛФФ, обладающих противовоспалительным, противовоспалительным, местным иммуномодулирующим и бактериостатическим эффектами, в острой стадии процесса являются:

- ослабление клинических проявлений;
- ограничение распространения деструктивных изменений;
- снижение аллергической готовности;
- повышение чувствительности к антибактериальным препаратам;
- предупреждение хронизации воспалительного процесса;
- профилактика осложнений.

При остром эндометrite, сальпингоофорите, параметрите лечение начинается независимо от дня менструального цикла на фоне механической контрацепции. Результативны следующие методики [150]:

**Магнитотерапия** постоянным, «бегущим», импульсным магнитным полем. Процедуры проводятся ежедневно 1, 2 или 3 раза в день с перерывами не менее 2 часов, общим курсом до 20.

**Воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением** инфракрасного диапазона и магнитолазеротерапией. Курс лечения по биологически активным точкам составляет 9–11 процедур.

**Воздействие поляризованным светом** на надлобковую область – до 9 процедур.

**Микроволновая терапия** в сантиметровом и дециметровом диапазоне волн эффективна при слаботепловой дозе воздействия общим курсом до 12 процедур.

Комплексное лечение при остром воспалительном процессе, включающее ЛФФ, проводят до полного исчезновения воспалительных процессов в малом тазу, что является действенным методом профилактики хронизации процесса и формирования таких осложнений, как внemаточная беременность, трубно-перитонеальное бесплодие, хронический эндометрит, невынашивание беременности.

При подостром воспалительном процессе лечение целесообразно начинать на 5, 6 или 7-й день цикла на фоне механической контрацепции. Процедуры проводят после очищения кишечника и опорожнения мочевого пузыря. Результативны такие методики:

**Все виды низкочастотной магнитотерапии** общим курсом до 20 процедур при воздействии на надлобковую область, вагинально или абдоминально-вагинально.

**Воздействие постоянным магнитным полем.** Процедуры проводятся ректально или вагинально, курсом до 30 процедур.

**Бегущее импульсное магнитное поле** используют при нарушении взаимоотношений в системе гипоталамус – гипофиз – яичники, снижении неспецифического иммунитета, гипофункции яичников. Воздействуют на надлобковую область, 1–2 раза в день, курс включает до 20 процедур.

**Облучение ультрафиолетом и поляризованным светом зоны «трусов».** Курс составляет 5–7 процедур.

**Магнитолазеротерапия в инфракрасном диапазоне и магнитолазеротерапия** на надлобковую область. Процедуры выполняют 1–2 раза в день, курсом до 9 процедур.

**СВЧ-терапия дециметровыми волнами** целесообразна. Курс лечения включает до 12 процедур при воздействии в надлобковой и паховых областях.

**Ультразвуковая терапия в импульсном режиме** в надлобковой области также применяется при наличии впервые выявленного сактосальпингекса. Курс включает до 8 процедур.

Теплообразующие и теплопередающие ЛФФ противопоказаны пациенткам с сопутствующими пролиферативными заболеваниями половых органов [43]. У таких пациенток используют:

**КВЧ-терапию** на надлобковую область, процедуры выполняют 2 раза в день, курс включает до 16 процедур.

**Комбинированную компрессионно-вакуумную терапию,** которую проводят вагинально с помощью аппарата МКВ-01 «ИВАВИТА». Используют при одно- или двусторонних гидросальпингексах 1 раз в день с 10–14-го дня менструального цикла, ежедневно, курс лечения составляет 5 процедур.

При наличии пролиферативных заболеваний, не требующих оперативного лечения (миома матки, эндометриоз любой локализации), целесообразно назначать лекарственный электрофорез по абдоминально-сакральной методике общим курсом до 20 процедур. При этом выбор лекарственного вещества для электрофореза должен быть обусловлен индивидуальными особенностями клинического течения основной и сопутствующих заболеваний у пациентки. При подостром воспалении матки и придатков матки клинически эффективным является электрофорез:

- цинка и салициловой кислоты импульсными токами – при тянувшей боли внизу живота;
- магния импульсными токами – при дисменорее, схваткообразной боли внизу живота, хроническом холецистите, спастическом колите;
- кальция гальваническим или импульсным током – при экссудативной фазе процесса с маточным кровотечением воспалительного генеза;

цинка импульсными токами – при экссудативной фазе процесса, обильных, в том числе гноевидных, выделениях из матки.

Женщины с подострым течением воспалительного процесса внутренних половых органов в дальнейшем, по истечении периода последействия основного курса физиотерапии, нуждаются в амбулаторном этапе медицинской реабилитации.

### Физиотерапия хронических воспалительных процессов в малом тазу

При хронически текущем, рецидивирующем воспалительном процессе широко применяемая антибактериальная терапия не оказывает существенного влияния на решение проблемы лечения хронических ВЗОМТ. У пациенток часто развиваются функциональные нарушения других органов и систем: сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной. В процесс вовлекаются периферические нервные сплетения: подчревное, аортальное, солнечное, брыжеечное с манифестиацией болевого синдрома. Все это значительно усугубляет течение заболевания и требует дополнительных терапевтических мероприятий – проведения комплексного восстановительного лечения, в том числе с использованием физиотерапии. При этом следует обратить внимание на состояние иммунобиологической и нейрогенетивной реактивности организма женщин, обеспечивающей течение регуляторно-адаптационных механизмов и процессов саногенеза.

Современные схемы и комплексы лечения хронических неспецифических ВЗОМТ, ведущее место в которых занимает физиолечение, обеспечивают реабилитацию около 52% больных. Задачами лечения женщин с хронической стадией воспалительного процесса внутренних половых органов являются:

- восстановление регионарного кровообращения;
- достижение противовоспалительного, дефиброзирующего, трофостимулирующего, иммуномодулирующего эффектов;
- болеутоление;
- предупреждение прогрессирования и рецидивирования воспалительного процесса;
- улучшение эстроген-прогестероновых соотношений в крови и восстановление рецепции половых гормонов в эндометрии;
- регуляция сократительной активности маточных труб;
- ликвидация осложнений и (или) сопутствующей патологии;
- восстановление репродуктивного здоровья.

Физиотерапевтические процедуры проводят на II (амбулаторном) или III (санаторно-курортном) этапе МР. Вне периода обострения ФТ начинают на 5–7-й день менструального цикла, на фоне механической контрацепции (презерватив). При хроническом воспалении матки и придатков матки клинически эффективными являются [150]:

**Все виды низкочастотной магнитотерапии.** Лечение проводят общим курсом до 30 процедур, воздействуют на надлобковую область, вагинально или абдоминально-вагинально, сочетание с электроимпульсной терапией повышает эффект.

**Ультратонотерапия** показана при гипо- и нормоэстрогенизации, инфильтративных изменениях в области придатков матки, перитонеальных тазовых спайках и умеренном болевом синдроме. Курс лечения составляет 15–24 процедуры при ежедневном режиме. Воздействие проводят абдоминально или ректально, 1–3 раза в день, с перерывом не менее 2 часов.

**Ультратонотерапия в сочетании с электрофорезом меди гальваническим током.** Применяют при генитальном инфартилизме. Курс лечения составляет 15–20 процедур, процедуры проводят ежедневно, абдоминально – вагинально (ТНЧ) – сакрально, 1–2 раза в день, с перерывом не менее 2 часов.

**Ультразвуковая терапия в импульсном режиме** применяется при гипо- и нормоэстрогенемии, перитонеальных тазовых спайках, преимущественно у женщин до 35 лет. Процедуры проводят по абдоминальной методике, ежедневно, 1 раз в день. Курс лечения составляет 12 процедур.

**Электроимпульсная терапия** с помощью аппарата КАП АЛМ «АНДРО-ГИН» применяется при выраженных перитонеальных спайках и болевом синдроме. Курс лечения составляет 10 процедур, которые проводят 1 раз в день по абдоминально-вагинальной методике.

**Электрофорез йода импульсными или гальваническим током** применяют при гиперэстрогении и пролиферативных заболеваниях, не требующих оперативного лечения. Курс лечения составляет 20 процедур по абдоминально-сакральной методике, ежедневно, 1–2 раза в день.

**Чрескожная электронейростимуляция** применяется при стойком болевом синдроме и отсутствии функциональной патологии сердечно-сосудистой системы. Курс лечения составляет 10 процедур, ежедневно, паравертебрально, 1 раз в день.

**Флюктуоризация** применяется при стойком болевом синдроме и недостаточности лuteиновой фазы менструального цикла, локальном нарушении тканевого кровотока и венозной дисциркуляции, с возможными функциональными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Курс лечения составляет 15–20 процедур, которые проводят 1 раз в день, ежедневно, по абдоминально-вагинально-сакральной методике с раздвоенным катодом.

**Инфитатерапия** применяется при гиперэстрогении и пролиферативных заболеваниях, не требующих оперативного лечения, варикозном рас-

ширении вен малого таза. Курс лечения составляет 30 процедур, которые проводят ежедневно, по абдоминально-сакральной или абдоминально-вагинально/ректально-сакральной методике, 1–3 раза в день.

**Интерференцетерапия** применяется при гипер- и нормоэстрогении, функциональной недостаточности яичников, перитонеальных тазовых спайках. Курс лечения составляет 30 процедур, которые проводят ежедневно, по абдоминально-сакральной методике, 1–3 раза в день.

**Диадинамотерапия** применяется с целью быстрого болеутоления и активного повышения сниженной функции яичников. Курс лечения включает 12–15 процедур, которые проводят ежедневно, по абдоминально-сакральной методике, 1 раз в день.

**Местная дарсонвализация** применяется при варикозном расширении вен малого таза. Курс лечения состоит из 15 процедур, которые проводят ежедневно, ректально, 1–2 раза в день.

**Гинекологический пневмовибромассаж** с помощью аппарата МКВ-01 «ИВАВИТА» применяют при нарушениях регионарного кровообращения, внутриорганный маточной гемодинамики, синдроме застоя в малом тазу. Курс лечения состоит из 10 процедур, которые проводят ежедневно, вагинально, 1 раз в день.

**Лазеро- или магнитолазеротерапия** применяется при гипоплазии и инфантильной матке, перитонеальных тазовых спайках, синдроме Ашермана. Курс лечения включает 9–11 процедур, которые проводят ежедневно, абдоминально и по рефлексогенным точкам, 1 раз в день, в комплексе с электроимпульсной терапией.

**Бесконтактный массаж электростатическим полем** с помощью аппарата «ЭЛГОС» применяют при перитонеальных тазовых спайках, варикозном расширении вен малого таза, подготовке к программе вспомогательных репродуктивных технологий, гипер- и нормоэстрогении. Курс лечения включает 20 процедур, которые проводят ежедневно, абдоминально, 1–2 раза в день. При сопутствующей хронической венозной недостаточности нижних конечностей у пациенток с хроническими ВЗОМТ воздействия осуществляют по задней и боковым поверхностям нижних конечностей.

**Экстракорпоральная магнитная стимуляция** с помощью аппарата «АВАНТРОН» применяется при нарушениях регионарного кровообращения, внутриорганный маточной гемодинамики. Также метод применим при синдроме застоя в малом тазу с аноргазмии (или без нее), перитонеальных тазовых спайках, хронических воспалительных заболеваниях брюшины и клетчатки. Показаниями для метода являются функциональная недостаточность яичников, невралгия тазовых нервов, стойкий болевой синдром, подготовка к программе вспомогательных репродуктив-

ных технологий. Курс лечения включает не менее 10 процедур, которые проводят ежедневно, 1 раз в день, воздействуя на область промежности сидящей в кресле пациентки.

Результат первого курса физиотерапии у пациенток с хроническими ВЗОМТ может быть нестойким, даже при полном терапевтическом эффекте. Поэтому при воспалительном процессе длительностью до 5 лет целесообразно проводить не менее 2 курсов, свыше 5 лет – 3 курса физиотерапии с двумя интервалами в 2 месяца, в том числе и в санаторно-курортных условиях [86].

Опыт показывает, что достигнутый на стационарном и амбулаторном этапах лечения эффект у пациенток с ВЗОМТ часто бывает кратковременным. Поэтому для большинства пациенток, длительно страдающих хроническими ВЗОМТ, характерны лабильность и напряженность психоэмоционального состояния, а также относительно малая физическая активность. Это делает необходимым назначение таким пациенткам третьего – санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации.

### **Медицинская реабилитация женщин с ВЗОМТ на санаторно-курортном этапе**

На III этапе медицинской реабилитации женщин с хроническими ВЗОМТ в санаториях, кроме необходимого лечения, проводят широкую оздоровительную программу. Она включает весь спектр природных и преформированных физических факторов, способных поднять жизненный тонус пациенток и удовлетворить их эмоциональные потребности. Такая программа является научнообоснованной, базирующейся на синдромно-патогенетическом подходе к реабилитации. Для МР пациенток используют [86]:

- щадяще-тренировочный режим физических нагрузок;
- рациональное питание с достаточным содержанием витаминов и минеральных веществ;
- климатотерапию;
- водолечение и электролечение;
- питье минеральных вод;
- галотерапию и спелеотерапию;
- фитотерапию и аромотерапию;
- талассотерапию;
- психотерапию и др.

Одним из средств эффективной коррекции функциональных резервов системы гормонально-ферментативной регуляции метаболизма на большинстве российских и зарубежных курортов являются питьевые минеральные воды, сила воздействия которых мала [45]. Но при этом надо заметить, что курсовое действие питьевых минеральных вод на организм

пациентки с ВЗОМТ является значимым. Эффективными минеральными водами являются «Славяновская», «Крайнская», «Нарзан», «Ессентуки № 17», «Ессентуки № 4», «Donat Mg».

III санаторно-курортный этап медицинской реабилитации у женщин с хроническими ВЗОМТ должен быть основан на разумном балансе между традиционным лечением и новыми оздоровительными технологиями. Такой подход позволит плавно перейти от реабилитационно-восстановительных мероприятий к профилактическим.

### **Физиопрофилактика и физиолечение климактерических расстройств**

Дефицит эстрогенов во время климакса, нейроэндокринные расстройства и изменения психоэмоционального состояния и сексуальности могут существенно снизить качество жизни женщин этого возрастного периода [14]. На фоне возрастных изменений могут возникать патологические состояния в виде:

- ранних климактерических расстройств (вазомоторные, психосоматические);
- средневременных симптомов (генитоуринарная атрофия, сексуальные нарушения);
- поздних симптомов (метаболический синдром, деменция, остеопороз);
- коморбидных состояний (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания).

При выборе метода лечения пациенток с климактерическими расстройствами важно учитывать особенности патогенеза и клинической картины. Так, приливы, ознобы и ночная потливость характерны для вазомоторных проявлений. Головные боли, расстройства сна, суставные или мышечные боли, артериальная гипертензия или сердцебиение, слабость, депрессия являются психосоматическими проявлениями.

В этой главе мы не затрагиваем, безусловно, патогенетически обусловленную при рассматриваемой патологии гормональную терапию. Показаниями к использованию физиотерапии являются:

- непереносимость гормональной терапии на фоне соматической патологии (например, заболевания ЖКТ);
- неадекватная реакция на гормональную терапию;
- противопоказания для использования стандартных методов лечения, прежде всего гормональной терапии (риск тромбоза, прогрессирование гипертонической болезни, атеросклероза);
- выраженные побочные эффекты от назначаемой медикаментозной терапии (например, недержание мочи);
- самостоятельное желание и мотивация пациентки.