

К. И. МАЛЕВИЧ П. С. РУСАКЕВИЧ

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ



К.И. МАЛЕВИЧ П.С. РУСАКЕВИЧ

**ЛЕЧЕНИЕ
И
РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

МИНСК
«ВЫШЭЙШАЯ ШКОЛА»
1994

ББК 57.15 я 2

М 18

УДК 618.1-08-039.76(035.5)

Рецензент — заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Гродненского мединститута, доктор медицинских наук, профессор *В. С. Ракуть*

Малевич К. И., Русакевич П. С.

М 18 Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях: Справ. пособие. — Мн.: Выш. шк., 1994.—368 с.: ил.

ISBN 5-339-01027-9.

Содержит систематизированное описание современных методов и принципов лечения гинекологических заболеваний. Изложены основные сведения по фармакотерапии и немедикаментозным методам лечения в гинекологии. Описаны общие и частные проблемы терапии с позиций углубленного клинического анализа: отражена комплексность, адекватность, динамика и интенсивность терапии. Освещены вопросы реабилитации на различных этапах.

Для акушеров-гинекологов, физиотерапевтов, участковых врачей, студентов старших курсов мединституты, врачей — слушателей курсов повышения квалификации.

М $\frac{6180100000 - 001}{M304(03)-94}$ 71-93

ББК 57.15 я 2

Справочное издание

Малевич Константин Иванович, Русакевич Петр Сергеевич

**ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Редактор *А. Л. Подгайская*. Обложка *Н. С. Волкова*. Художественный редактор *В. А. Ярошевич*. Технический редактор *Г. М. Романчук*. Корректор *Н. Б. Кучмель*

Сдано в набор 25.06.93. Подписано в печать 04.01.94. Формат 84×108/32. Бумага тип. № 1. Гарнитура Тип Таймс. Офсетная печать. Усл. печ. л. 19,32. Усл. кр.-отт. 19,32. Уч.-изд. л. 22,64. Тираж 100 000 экз. Зак. 660

Издательство «Вышэйшая школа» Министерства информации Республики Беларусь. Лицензия ЛВ № 5. 220048, Минск, проспект Машерова, 11.

Типография издательства «Белорусский Дом печати», 220013, пр. Ф. Скорины, 79.

ISBN 5-339-01027-9

© К. И. Малевич, П. С. Русакевич, 1994

ПРЕДИСЛОВИЕ

Укрепление здоровья женщины является задачей социальной и медицинской значимости. В решении ее немаловажную роль занимают вопросы лечения и реабилитации при гинекологических заболеваниях. Поток медицинской информации, посвященной данной проблеме, весьма разнообразен. Издается большое количество учебных пособий, инструктивных указаний и методических рекомендаций. Новейшие данные научных исследований и их практическое использование излагаются в периодической печати.

В лечении различных гинекологических заболеваний все более видное место начинают занимать методы немедикаментозного и нетрадиционного лечения. Вопросы же проведения фармакотерапии строго стандартизованы. На достигнутом сегодня гинекологией научном уровне эффективная врачебная помощь при гинекологических заболеваниях требует комплексного сочетания самых разнообразных лечебных воздействий: медикаментозных, немедикаментозных и нетрадиционных. Проводимые при этом реабилитационные мероприятия направлены не только на избавление больной от предъявляемых ею жалоб, но и на полное восстановление ее личностного и социального статуса.

В пособии систематизировано описание всех вопросов фармакотерапии, немедикаментозного и хирургического лечения при гинекологических заболеваниях, отражена этапная реабилитация, не касаясь вопросов диагностики.

Цель книги — ознакомить широкий круг врачей и студентов с методами лечения при самых разнообразных гинекологических забо-

леваниях. При этом были поставлены две основные задачи: помочь начинающему врачу акушеру-гинекологу более оптимально проводить лечебный процесс в интересах больной, а также более рационально и с пользой расходовать время при составлении программы лечения.

Структура книги построена по традиционному нозологическому принципу. В каждом разделе коротко представлена формулировка нозологической формы, указаны цель, задачи и правила проведения терапии. Раздельно отражены вопросы фармакотерапии, немедикаментозного и хирургического лечения, реабилитации. Предлагаемые таблицы и схемы терапии той или иной гинекологической патологии позволят читателям ознакомиться с многообразными вариантами ее течения и внедрить наиболее подходящие методики для практического использования с учетом необходимости их индивидуализации.

Авторы стремились обобщить все имеющиеся современные сведения отечественных и зарубежных авторов по лечению гинекологических заболеваний; основываясь на своем опыте педагогической и практической работы, помочь практическому врачу в деле оказания медицинской помощи женщине.

Книга в одинаковой степени окажется полезной студентам медицинских институтов, врачам-стажерам, слушателям факультетов усовершенствования врачей, врачам смежных специальностей, принимающим участие в проведении реабилитации.

Все замечания авторы примут с благодарностью.

Авторы

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГС	—	адреногенитальный синдром
АКТГ	—	адренокортикотропный гормон
АП	—	аурикулопунктура
АСПД	—	аспирационно-промывное дренирование
АТ	—	аурикулярная точка
АФТ	—	аппаратная физиотерапия
ВБМ	—	вибрационный массаж
В/в	—	внутривенный
ВДКН	—	врожденная дисфункция коры надпочечников
ВЛОК	—	внутривенное лазерное облучение крови
ВМС	—	внутриматочная спираль
В/м	—	внутримышечный
ВНС	—	вегетативная нервная система
ВПП	—	вторичные половые признаки
ГБО	—	гипербарическая оксигенация
ГВОПМ	—	гнойно-воспалительные образования придатков матки
ГГЯНС	—	гипофиз-гипоталамус-яичники-надпочечниковая система
ГКЛ	—	гелий-кадмиевый лазер
ГМС	—	гемосорбция
ГНЛ	—	гелий-неоновый лазер
ГПЭ	—	гиперплазия эндометрия
ГСГ	—	гистеросальпингография
ГТ-РГ	—	гонадотропин-рилизинг-гормон
ГЭ	—	генитальный эндометриоз
ДДТ	—	диадинамические токи
ДМВ	—	дешиметровые волны
ДМК	—	дисфункциональные маточные кровотечения
ДЭА	—	дегидроэпиандростерон
Е ₂	—	эстрадиол
ЖКГЭ	—	железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
ЗПС	—	задержка полового созревания
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца
ИДС	—	иммунодефицитное состояние
ИК-лазер	—	инфракрасный лазер
ИРТ	—	иглорефлексотерапия
ИСМ	—	инсеминация спермой мужа
ИТ	—	инфузионная терапия
КИТ	—	корпоральная иглотерапия
КПИ	—	карнопикнотический индекс

КС	— климактерический синдром
ЛГ	— лютеинизирующий гормон
ЛП	— лазерпунктура
ЛРТ	— лазерная рефлексотерапия
ЛФК	— лечебная физкультура
НМПН	— недержание мочи при напряжении
НЭС	— нейроэндокринный синдром
ОК	— оральные контрацептивы
ОПН	— острая почечная недостаточность
ОС	— острый сальпингит
П	— прогестерон
ПеМП	— переменное магнитное поле
ПЗ	— пузырьный занос
ПИТ	— поверхностная иглотерапия
ПИФ	— пролактинингибирующий фактор
П/к	— подкожный
ПМ	— плотность мощности
ПМП	— постоянное магнитное поле
ПМС	— предменструальный синдром
ППС	— преждевременное половое созревание
ПРЛ	— пролактин
РТ	— рефлексотерапия
СИА	— синдром истощения яичников
СПКЯ	— синдром поликистозных яичников
СПП	— синтетические прогестины
СРЯ	— синдром резистентных яичников
СМТ	— синусоидальные модулированные токи
T ₃	— трийодтиронин
T ₄	— тироксин
ТА	— точка акупунктуры
ТБ	— трофобластическая болезнь
ТРГ	— тиреолиберин
ТТГ	— тиреотропный гормон
ТФД	— тесты функциональной диагностики
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УФО	— ультрафиолетовое облучение
УФОК	— ультрафиолетовое облучение крови
ФКМ	— фиброзно-кистозная мастопатия
ФСГ	— фолликулостимулирующий гормон
ХГ	— хорионический гонадотропин
ХЭ	— хронический эндометрит
ЦНС	— центральная нервная система
ЦЭА	— центральная электроанальгезия
ЧМГ	— человеческий менопаузальный гонадотропин
ЧЭНС	— чрескожная электронейростимуляция
Э	— эстрогены
ЭАКК	— эписион-аминокапроновая кислота
ЭЛАП	— электроакупунктура
ЭО-ПЭ	— экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов
17-КС	— 17-кетостерониды
17-ОПК	— 17-оксипрогестерон-капронат

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

1.1. АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ

Это циклический патологический процесс, состоящий из болевых ощущений и нейровегетативных расстройств во время менструаций. Лечение альгодисменореи зависит от ее формы — первичной или вторичной.

Фармакотерапия. Основным методом выбора является применение ингибиторов синтеза простагландинов. Действие их основано на блокировании активности циклооксигеназы и, следовательно, на торможении синтеза простаглицлина, тромбосана и простагландинов (табл. 1). Препараты хорошо всасываются и действуют в течение 2—6 ч. Принимают их 1—4 раза в день в первые несколько дней менструации. Возможно сокращение (по времени) и уменьшение менструальной кровопотери. Осторожно применять при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Табл. 1. Ингибиторы простаглицлиногенеза при лечении альгодисменореи

Препарат	Рекомендуемые дозы, г
Ацетилсалициловая кислота (аспирин)	0,25—0,5 (3—4 раза в день после еды)
Ацетаминофен (парацетамол)	0,2—0,4 (2—3 раза в день)
Метфенаминовая кислота (козлан)	0,25—0,5 (3—4 раза в день)
Напросен (напроксен)	0,25 (2 раза в день)
Вольтарен (ортофен)	0,025—0,05 (1—3 раза в день)
Индометацин (метиндол)	25 мг (3—4 раза в день, внутрь в течение 3 дней или ректально 2 раза в день)
Ибупрофен	0,2—0,4; 1—2 табл. (3—4 раза в день после еды)
Клатан	0,1 (2 раза в день)

Гормональное лечение. Прогестерон назначают по 5 мг/сут. в/м в течение 7—8 дн. во вторую фазу менструального цикла; прегнин — по 0,01—0,02 г 2—3 раза

в день сублинтвально. При овариальной недостаточности и овуляторном цикле показаны микродозы эстрогенов с 5-го по 15-й дни цикла ежедневно и по показаниям — гестагены во вторую фазу цикла. Синтетические прогестины (бискурин, нон-овлон и др.) используют по 1 табл. с 5-го по 25-й дни менструального цикла в циклическом режиме при наличии эндометриоза. Тестостерона пропионат угнетает сократительную функцию матки, его используют по 5—10 мг в/м 2—3 раза в неделю в течение всего менструального цикла. Исключения составляют больные с гирсутизмом и вирилизацией.

Относительно новым способом лечения является *десенсибилизация гормонами*, к которым повышена чувствительность в конце цикла и в дни менструации. Используемая схема терапии базируется на определении интенсивности кожной реакции в области внутрикожных инъекций трех фракций эстрогенов и прогестерона. Для выявления десенсибилизации к эстрадиолу используют 0,1 %-й раствор эстрадиола дипропионата, к эстриолу — 0,1 %-й раствор эстриола, к прогестерону — 1 %-й масляный раствор. Внутрикожные инъекции трех фракций эстрогенов и прогестерона с диагностической целью выполняют на внутренней поверхности предплечья одновременно, но раздельно на расстоянии 3 см друг от друга в дозе 0,02 мл однократно обязательно на 16—18-й день менструального цикла. Результаты пробы оценивают через 10—20 мин после инъекции по размеру «волдыря» и области гиперемии. В дальнейшем женщина сама наблюдает и записывает ежедневно до конца цикла и во все дни менструации размеры волдыря и гиперемии после всех четырех инъекций.

С целью лечения в начале 2-й фазы цикла (в любое время с 16-го до 22-го дня, а при необходимости в любой день второй фазы до конца цикла) 3 мес. подряд производят внутрикожные инъекции на внутренней поверхности предплечья однократно, одновременно, но раздельно, тех гормонов, к которым определена наибольшая чувствительность; при одинаковой чувствительности — внутрикожные инъекции гормонов в равных дозах (в пределах от 0,02 до 0,1 мл). При повышенной чувствительности к эстрогенам, больше чем к прогестерону, первые вводят в дозе в 2 раза большей, чем прогестерон, и наоборот. При более интенсивной кожной реакции на прогестерон, чем на одну из фракций эстрогенов, предпочтительно вводить эстрогены (Э) и прогестерон (П) в соотношении 1:3 или 1:4. При идентичной ситуации, но с более выраженной реакцией на эстрогены соотношение Э:П=4:1 или 3:1.

Витамины А, Е, В₆, С, РР применяют как компонент комплексного лечения. Наиболее пригоден α -токоферола ацетат (витамин Е) — по 300 мг/сут. ежедневно в течение первых 3 дней болезненных менструаций.

Симптоматическое лечение. Включает назначение анальгетиков, спазмолитиков, седативных средств отдельно или в различных комбинациях. Пригодна для в/м введения смесь: аналгин 50 %-й р-р — 2 мл, один из спазмолитиков (но-шпа — 2 мл, папаверин 2 %-й р-р — 2—4 мл, галидор — 100 мг, платифиллина гидротартрат 0,2 %-й р-р — 1 мл), седуксен (сибазон, реланиум, элениум) — 2 мл, антигистаминные препараты — 1—2 мл. Менее эффективно назначение указанных препаратов внутрь. В отдельных случаях особо эффективно введение в/м и в/в баралгина (максигана) — по 5 мл 1—2 раза в день, гангле-рона (1,5 %-й р-р) — по 4—6 мл или использование официальных свечей «Цефекон» — по 1 свече 1—3 раза в день ректально. Из холинолитиков назначают также дигидроэрготамин (0,2 %-й р-р) внутрь по 20 капель 3 раза в день за 3 дня до менструации и во время нее.

Можно широко использовать различные комбинации симптоматических средств:

1. Экстракт красавки — 0,015 г, папаверина гидрохлорид — 0,02—0,04 г, аспирин (парацетамол, антипирин) — 0,25 г, масло какао g. s. По 1 свече ректально 2—3 раза в день.

2. Папаверина гидрохлорид, кодеин — по 0,03 г, экстракт красавки — 0,015 г, масло какао g. s. По 1 свече ректально 1—3 раза в день.

3. Натрия бромид — 10,0 г, амидопирин — 3,0 г, кодеина фосфат, папаверина гидрохлорид — по 0,3 г, вода дистиллированная — 150,0 мл. По 1 ст. ложке внутрь 3 раза в день.

4. Аспирин (или аналоги), амидопирин — по 0,25 г, кофеин-бензоат натрия — 0,05 г. По 1 порошку внутрь 3 раза в день.

При вторичной альгодисменорее лечение должно быть направлено на терапию основного заболевания, при воспалительном генезе показано противовоспалительное лечение, при генитальном эндометриозе (эндометриоз перешейка) — расширение цервикального канала для профилактики ретроградного заброса менструальной крови на брюшину малого таза.

Накануне месячных 4—6 раз ежедневно (через день) вводят в/м по 20—25 мг прогестерона. Расширение шейного канала производят дилататорами Гегара до 12—13 номера накануне или в первый день месячных после

адекватного обезболивания. Лечение генитального инфантилизма проводят по соответствующим правилам.

Немедикаментозное лечение. *Аппаратная физиотерапия* (АФТ) показана во вторую фазу менструального цикла или накануне менструации в виде электрофореза на низ живота, область солнечного сплетения: 0,25 %-й раствор новокаина, 1 %-й раствор тримекаина, 1—2 %-й раствор сульфата магния, антипирина; шейно-лицевая гальванизация, гальванический воротник (по А. Е. Щербак) с кальцием, бромом, никотиновой кислотой. При лечении девушек широко используют ультразвук в импульсном режиме, импульсные токи низкой частоты (ДДТ, СМТ) с 5—7-го дня менструального цикла с окончанием курса после очередной менструации; применяют коротковолновую диатермию, центральную электроанальгезию, озокерит, парафин, грязи, ЛФК, чрескожную нейророзлектростимуляцию (ЧНЭС), занятия спортом. При ваготонической форме показаны грелки на низ живота, хвойные ванны.

Рефлексотерапию при альгодисменорее проводят по двум методикам: 1. За 3—4 дня до месячных применяют иглорефлексотерапию (ИРТ) по тормозному методу или успокоение в зависимости от силы болей. Основные ТА: J6, R14, RP6, J3, G14, J4. Дополнительные ТА: T26, E26, RP8, RP10, J1, R12, RP9, T4, R6, F11. 2. ИРТ начинают за 1—2 дня до месячных, экспозиция игл 20—30 мин. Наиболее эффективные точки расположены в $D_{10}-S_4$ дерматометрах, имеющих общий источник иннервации с мочеполовыми органами. При альгоменорее, обусловленной генитальной патологией, эффективны точки поясницы и крестца $T_{2,4}$, $V_{31}-V_{32}$, используют тормозной метод. При обильных и болезненных месячных воздействуют методом тонизации на RP_3 , RP_{10} , E_{30} , F_3 , R_{12} , R_{13} , R_{14} ; тормозным методом — на J_3 , J_5 , J_6 , V_{23} , V_{26} . За один сеанс используют 5—6 ТА. При интенсивных болях с началом менструации к корпоральным точкам добавляют микроиглотерапию (2—3 сут.) на АТ матки, желудка, почки, симпатическую точку.

Фитотерапию используют для регуляции сокращения мышц матки, мочевого пузыря, увеличения диуреза: корни различных видов дягиля — по 50 капель в день в течение 2 мес.; разнообразные сборы. *Сбор 1.* Крушины кора — 1, ежевики лист — 1, мяты перечной лист — 1, березы лист — 1, тысячелистника трава — 1, валерианы корень — 1 часть. 1 ст. ложку смеси залить 200 мл кипятка. Пить настой небольшими глотками в течение дня 3—4 месяца. *Сбор 2.* Крушины кора — 1, калины кора — 1,

пырея корневища — 1 часть. 1 ст. ложку смеси залить 200 мл кипятка, настаивать 2—5 ч. Пить по 75 мл 3 раза в день в течение 2 мес. *Сбор 3.* Крушины кора — 1, мелиссы листья — 1, валерианы корень — 1, лапчатки гусиной трава — 1 часть. 1 ст. ложку смеси залить 200 мл кипятка. Настаивать 5 ч, употреблять внутрь по 200 мл 4 раза в день в течение 5 дней за 3—5 дней до месячных. *Сбор 4.* Календулы цветок — 1, валерианы корень — 1, аралии маньчжурской корневище — 1, аира корневище — 1, тмина плод — 3, ромашки цветок — 2 части. 2 ст. ложки смеси залить 400 мл кипятка, кипятить в течение 3 мин. Пить по 75 мл 3 раза в день в течение 2—3 мес. *Сбор 5.* Горца птичьего трава — 1, золототысячника трава — 3, хвоща полевого трава — 1, лапчатки гусиной — 5 частей. 1 ст. ложку смеси залить 200 мл кипятка. Пить глотками на протяжении всего дня болезненных месячных. *Сбор 6.* Мелиссы лист — 1, мяты перечной лист — 1, ромашки цветки — 1, валерианы корень — 1, крапивы глухой цветки — 1, руты трава — 1, крушины кора — 1 часть. 4 ст. ложки смеси залить 1 л кипятка, настаивать 10—12 ч. Пить по 75 мл 3 раза в день в течение 2—3 мес.

Хирургическое лечение. В виде резекции *n. praesacralis* применяют редко.

1.2. АМЕНОРЕЯ

Это патологическое отсутствие менструаций у женщины. Может носить первичный и вторичный характер. В соответствии с уровнем локализации патологического процесса различают семь групп аменореи: 1) корково-гипоталамическая; 2) гипоталамо-гипофизарная; 3) гипофизарная; 4) яичниковая; 5) маточная; 6) при заболеваниях щитовидной железы; 7) при заболеваниях надпочечников. Для оптимизации лечебного процесса необходимо учитывать причинно-следственные связи в развитии первичной аменореи (табл. 2).

Табл. 2. Причины первичной аменореи

Уровень поражения	Этиологические факторы
Центральная нервная система (ЦНС), гипоталамус	Органические заболевания; опухоль; инфекция; психозы; функциональные нарушения; блокада рилизинг-гормонов фармапрепаратами
Гипофиз	Врожденная патология; опухоль
Яичники	Агенезия яичников; дисгенезия яичников; опухоль; воспаление

Уровень поражения	Этиологические факторы
Матка (эндометрий)	Аплазия; деструкция эндометрия (туберкулез)
Нарушение проходимости полового канала	Пороки развития: агенезия гимена, атрезия влагалища; аплазия влагалища
Надпочечники	Врожденная гиперплазия коры надпочечников
Щитовидная железа	Гипотиреондизм; ожирение

В неразрывной связи с предстоящим лечением аменореи стоят вопросы дифференциальной диагностики ее формы. Основные пути проведения диагностики следующие:

1. Учет семейного анамнеза. Отсутствие менструаций у близких родственников может указывать на наличие «чистой» формы дисгенезии гонад, тестикулярную феминизацию.

2. Выяснение особенностей препубертатного и пубертатного периода. Нормальное развитие вторичных половых признаков указывает на функционирование яичников и достаточную эстрогенизацию. В таких случаях причина аменореи — вне гонад. При общем осмотре устанавливают классический синдром Шерешевского — Тернера. При бимануальном исследовании — пороки развития половых органов.

3. Определение полового хроматина у всех больных с первичной аменореей (в медико-генетической консультации). Возможные варианты:

А. *Наличие полового хроматина* — гипогонадотропный гипогонадизм, гипоплазия яичников, АГС, опухоль яичников, ЦНС, дисгенезия гонад (кариотип XX). Необходимо выполнить прогестероновую пробу и исследование мочи на 17-кетостероиды (17-КС). Менструальная реакция на гестагены наблюдается при аденогенитальном синдроме или опухоли яичников. Для их дифференциального диагноза показана проба с дексаметазоном. Отрицательная проба с прогестероном требует проведения циклической гормональной пробы и позволяет исключить маточную форму аменореи. При положительной циклической гормональной пробе показано исследование содержания ФСГ. При высоком уровне его гонады не способны отвечать на гонадотропную стимуляцию (дисгенезия гонад или синдром резистентных яичников) — необходимо про-

ведение УЗИ, пельвиографии. Низкое содержание ФСГ свидетельствует о недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы. Обязательным при аменорее является исследование пролактина в крови.

Б. Отсутствие полового хроматина — наблюдается при синдроме Шерешевского — Тернера, мозаицизме XO/XU , «чистой» форме дисгенезии гонад (кариотип XU) и тестикулярной феминизации. Чтобы различать их, необходимо выявить γ -хромосому. Флюоресценция γ -хромосомы наблюдается при мозаицизме XX/XU , XO/XU , «чистой» форме дисгенезии гонад, тестикулярной феминизации. Наличие матки отличает первые две формы патологии от тестикулярной феминизации. Отсутствие γ -хромосомы указывает на дисгенезию гонад (кариотип XO) или мозаицизм XX/XO . Для их дифференциации существенное значение имеет вид больной, кариотип. Для окончательного диагноза показано исследование биоптата тканей гонад.

Методы лечения больных с первичной аменореей разделяют на консервативные и хирургические. Консервативное лечение должно быть комплексным, этапным, этиологическим, индивидуальным и патогенетически обоснованным.

Фармакотерапия. Включает психотерапию, седативные средства, режим труда и отдыха, курсовую витаминотерапию (2—3 раза в год, по 15—20 дней).

Гормональная терапия. Цель ее — имитировать по возможности гормональный гомеостаз в соответствии с возрастом больной. Лечение проводят под контролем тестов функциональной диагностики (ТФД) и по возможности — экскреции гормонов в моче и определения содержания их в плазме крови. Начинать терапию необходимо как можно раньше, сразу же после установления задержки полового развития (ЗПР), и с малых доз эстрогенов (во избежание гиперэстрогении). Рекомендуем несколько схем, осуществляемых поэтапно.

Схема 1. 1-й этап (подготовительный). Цель — подготовить половую систему к последующей циклической гормонотерапии. Основные компоненты этапа: 1) проба на переносимость эстрогенов; 2) назначение эстрогенов по нескольким вариантам; 3) влагалищная диатермия (индуктотермия). Варианты эстрогенотерапии: а) введение димэстрола — по 1 мл 0,6 %-го р-ра в/м 1 раз в 3—4 нед. в течение 4—8 мес.; по 2 мл 0,6 %-го р-ра в/м однократно с повторением через 30 дн.; б) подсадка таблеток эстрадиола — 20 мг с повторением через 40—80 дн.; в) введение эстрадиола дипропионата — по 1 мл 0,1 %-го р-ра через 2

дня в/м курсами по 20 дн., перерыв — 10 дн., длительность — 3 мес.

Первыми на терапию эстрогенами начинают реагировать молочные железы (через 6—12 дн.) — в виде увеличения их с нагрубанием. Вторичные половые признаки развиваются постепенно, спустя 1—3 года систематической терапии. Через 2—3 мес. от начала лечения в кольпоцитограммах исчезают атрофические клетки, появляется складчатость влагалища, через 1—2 года заметно увеличение матки.

2-й этап (циклическая гормонотерапия). Проводится по одной из нижеследующих методик. На 1, 2, 3, 5, 7-й дни цикла вводят 10 000 ЕД фолликулина или 1 мл 0,1 %-го р-ра эстрадиола дипропионата; или на 9, 11, 13-й дни цикла вводят 10 000 ЕД эстрогенов в сочетании с 1 %-м р-ром прогестерона в количестве 1 мл в/м в одном шприце; или на 15—21-й дни цикла вводят прогестерон в той же дозе. При отсутствии месячных через 10 дн. приступают к новому курсу. В случае появления менструаций проводят следующий этап лечения.

3-й этап — включает три курса терапии гормонами: на 4, 6, 8, 10, 12-й дни цикла назначают в/м эстрогены по 10 000 ЕД; на 14, 16, 18-й дни — 10 000 ЕД эстрогенов и 1 мл 1 %-го р-ра прогестерона в одном шприце; на 20—25-й дни цикла — в/м прогестерон в той же дозе.

4-й этап: на 10, 12-й дни цикла — эстрогены, на 14, 16, 18-й дни — комбинацию эстрогенов и прогестерона и на 21—23-й дни цикла — в/м 3 мл 1 %-го р-ра прогестерона.

Схема 2. 1-й этап. Вводят следующие гормональные препараты: эстрогены — по 10 000 ЕД ежедневно или через день в течение 1—2 мес. до заметного увеличения матки; синэстрол — по 1 мг 2 раза в день или 0,1 %-й р-р по 1 мл вводят в/м ежедневно в течение 4—6 недель; эстрадиола дипропионат — 0,1 %-й р-р по 1 мл в/м в течение 1—2 мес. Прогестерон используют в виде 1 %-го р-ра по 1 мл в/м в течение 6—8 дн. после подготовки эстрогенами.

2-й этап. Назначают микрофоллин — по 0,05 мг внутрь ежедневно с 5-го по 24-й день цикла и норколут (ацетомепрогенол, норэтистерона ацетат) — по 1 табл. внутрь с 16-го по 25-й день цикла.

3-й этап. Применяют микрофоллин — по 1 табл. (0,05 мг) с 5-го по 24-й день цикла и хлормадинона ацетат — по 0,002 г ежедневно с 16-го по 25-й день цикла.

4-й этап. Используют синтетические прогестины (СПП) разных поколений в циклическом режиме.

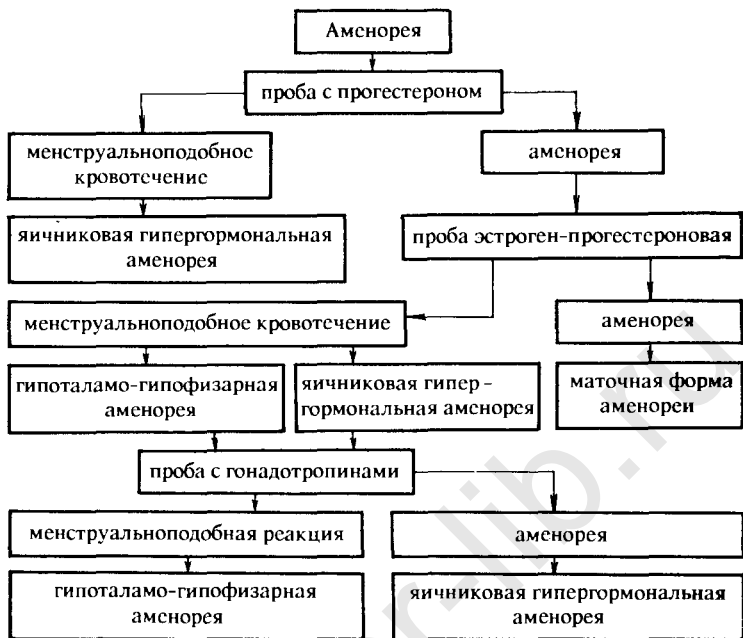


Рис. 1. Схема диагностики формы аменореи и определения лечебной тактики.

Схема 3. Назначают микрофоллин — по 0,01 мг 2 раза в день внутрь в течение 3—4 недель, затем гестагены (5—10 мг/сут.) в течение 6—8 дней. Курс лечения повторяют 5—6 раз.

При вторичной аменорее прекращение менструации наступает на срок 5—6 мес. и более, и вызвано оно различными повреждающими факторами. Диагностику уровня поражения и соответствующую лечебную тактику определяют исходя из схемы, представленной на рис. 1.

Выделяют три группы гормональных диагностических проб: 1. Пробы на стимуляцию (прямые) — позволяют установить, связана ли недостаточность функции периферической эндокринной железы с поражением самого органа или с недостаточностью гипофизарной (гипоталамической) стимуляции. При положительной пробе (усиление деятельности периферической железы) генез заболевания центральный; при отрицательной (реакция отсутствует) — первичное поражение самой железы.

2. Пробы на подавление (обратные) — позволяют установить, связана ли гиперфункция (дисфункция) периферической эндокринной железы с ее поражением или с избыточной стимуляцией со стороны гипофиза. При положительной пробе (уменьшение секреции гормонов периферической железы) генез заболевания центральный; при отрицательной — поражена сама железа.

3. Пробы на избирательность действия гормона — это разновидность проб на стимуляцию. Показаны для решения вопроса о том, какая именно периферическая железа поражена. Вводят гормон гипофиза. Если показатели дисфункции усиливаются (проба положительная) — это означает нарушение той эндокринной железы, деятельность которой стимулируется введенным гормоном. Отсутствие изменений (проба отрицательная) указывает на иной генез заболевания. Выполнение диагностических гормональных проб осуществимо даже в женской консультации.

Проба с прогестероном. *Показания:* аменорея любой этиологии (определение эстрогенной насыщенности организма). *Методика:* вводят в/м 10—20 мг/сут. прогестерона в течение 3—5 дн. или 125 мг 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в/м, или назначают норколут 10 мг/сут. внутрь в течение 5 дней. *Оценка:* положительная реакция — при нерезко выраженной недостаточности яичников, отрицательная — при маточной, гипоталамо-гипофизарной, яичниковой аменорее.

Проба с эстрогенами и прогестероном. *Показания:* аменорея. *Методика:* в течение 10—14 дн. назначают эстрогены (фолликулин 20 000 ЕД, эстрон 2 мг, синэстрол 2 табл.) ежедневно. Затем в течение 3—5 дн. вводят прогестерон — по 10—20 мг/сут. *Оценка:* положительная проба (появление кровотечения) свидетельствует о гипофункции яичников и исключает маточную форму аменореи, отрицательная — указывает на маточную форму аменореи.

Проба с эстрогенами. *Показания:* аменорея. *Методика:* назначают в течение 8—10 дн. 2 мг эстрона (2 табл. микрофоллина). *Оценка:* положительная проба (кровотечение спустя неделю после окончания приема эстрогенов) свидетельствует о сохранении чувствительности эндометрия и эстрогенной недостаточности; отрицательная — о нарушении рецепции эндометрия.

Проба с гонадотропинами. *Показания:* установление причины ановуляции при высокой или умеренной эстрогенной насыщенности. Рассчитана на дифференциальный диагноз между гипоталамо-гипофизарной и ова-

риальной аменорсией. *Методика*: вводят по 1500 ЕД в/м хориогонина (ХГ) в течение 3—5 дн. ежедневно, начиная с 14-го дня цикла или в любой день (аменорсея); назначают пергонал — по 5000 ЕД в/м ежедневно в течение 6—10 дн., или фоллистиман — по 200 ЕД в/м 3—5 дн., или менопаузальный гонадотропин — по 75 ЕД в течение 6—10 дн. *Оценка*: положительная проба наблюдается при гипоталамо-гипофизарной аменорсее, отрицательная — при яичниковой.

Проба с синтетическими прогестинами (СПП).
Показания: уточнение генеза гиперандрогении. *Методика*: один из имеющихся СПП любого поколения, лучше с одинаковым содержанием эстрогенного и гестагенного компонентов, назначают по 2 табл. в день в течение 10 дней. До и после пробы определяют экскрецию 17-кето-стероидов (17-КС). *Оценка*: если экскреция 17-КС снижается на 50 % и более (положительная проба) — имеется яичниковая гиперандрогения; при отсутствии изменений (отрицательная проба) — надпочечниковая гиперандрогения.

Проба с гонадотропин-рилизинг-гормоном.
Показания: дифференциальный диагноз между аменорсией гипофизарного и гипоталамического генеза. *Методика*: 100 мкг ЛГ-РГ вводят в/в, до и после пробы исследуют базальную температуру, содержание ФСГ и ЛГ в плазме крови. *Оценка*: увеличение секреции ФСГ и ЛГ, повышение базальной температуры на 0,4—0,6 °С (положительная проба) свидетельствует о гипоталамической аменорсее; отсутствие изменений (отрицательная проба) — об аменорее гипофизарно-яичникового генеза.

Проба с АКТГ. *Показания*: наличие стертой вирилизации при нормальном или на верхней границе нормы уровне 17-КС для подтверждения надпочечникового генеза опухоли. *Методика*: вводят в/м 1 мл синактена (АКТГ пролонгированного действия). *Оценка*: неадекватная реакция на стимуляцию (повышение экскреции 17-КС в среднем на 100 %) указывает на нарушение функции надпочечников.

Проба с кломифеном. *Показания* — дифференциальный диагноз функциональной недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы от яичниковой аменореи. *Методика*: кломифен (или его аналоги) — по 50—100 мг/сут. с 5-го по 9-й день от начала индуцированной гестагенами или СПП менструальноподобной реакции. *Оценка*: активация функции яичников, повышение уровня гонадотропинов в крови в 1,5—2 раза по сравнению с исходным (положительная проба) свидетельствуют о функ-

циональной недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы; отрицательная — о яичниковой форме аменореи.

Проба с преднизолоном. *Показания* — дифференциальный диагноз гиперплазии и опухоли коры надпочечников. *Методика*: назначают внутрь по 20 мг в день преднизолона в течение 5 дней. До и после пробы определяют уровень 17-КС в моче. *Оценка*: уменьшение суточной экскреции 17-КС на 50 % и более (положительная проба) свидетельствует о гиперплазии коры надпочечников; отсутствие изменений (отрицательная проба) — о наличии опухоли.

Проба с дексаметазоном. *Показания* — дифференциальный диагноз надпочечниковой, сочетанной и яичниковой гиперандрогении. *Методика*: назначают дексаметазон — по 0,5 мг 4 раза внутрь в течение 3 дней, начиная с 6-го дня менструального цикла или менструальноподобной реакции с последующим постепенным снижением и подбором лечебной дозы. До и после пробы определяют экскрецию 17-КС. *Оценка*: при надпочечниковом генезе заболевания (гиперандрогении) уровень 17-КС, ДЭА, кортизола снижается в среднем на 80—90 %. При яичниковой и сочетанной гиперандрогении — снижение экскреции не более чем на 50—65 %.

Комбинированная проба с дексаметазоном и хоригоном. *Показания* — подозрение на яичниковую или сочетанную форму гиперандрогении. *Методика*: назначают дексаметазон — по 0,5 мг 4 раза в день в течение 3 дн. (с 6-го дня менструального цикла), затем в последующие 3 дня одновременно с приемом дексаметазона в той же дозе вводят в/м ХГ по 1500—3000 ЕД ежедневно. Определение 17-КС проводят на 5-й (фон), 8-й (после дексаметазона) и 11-й (после ХГ) дни менструального цикла. *Оценка*: при яичниковой и сочетанной форме гиперандрогении наблюдается повышение уровня андрогенов после введения ХГ. Проба основана на воздействии ХГ на андрогенную функцию яичников и одновременном действии дексаметазона на гипофизарно-адреналовую систему.

Для лечения вторичной аменореи применяют ряд поэтапных схем с отдельными дополнениями соответственно форме аменореи.

Схема 1. 1-й этап — прогестероновая проба. **2-й этап** — циклическая гормонотерапия. Осуществляется в такой последовательности. Эстрогены назначают по 10 000 ЕД на 1, 3, 5, 7-й дни цикла; на 9, 11, 13-й дни — 10 000 ЕД эстрогенов и 10 мг прогестерона в/м (в одном шприце); на 15 — 21-й дни цикла — прогестерон по 10 мг в/м. При

отсутствии менструации через 10 дней курс лечения повторяют. Одновременно используют витамин Е (30 %-й р-р в капсулах — 0,2 мг) — по 1 капсуле через день, фолиевую кислоту — по 0,02 г 2—3 раза, глютаминовую кислоту — по 0,25 г 2—3 раза в день, аскорбиновую кислоту — по 1,0 г/сут. и аппаратную физиотерапию (влагилищная диатермия, гинекологический массаж).

Схема 2. *1-й этап* — это ударные дозы прогестерона в виде 1 %-го раствора — по 3 мл в/м в течение 3 дней. *2-й этап* — на 4, 6, 8, 10, 12-й дни цикла назначают эстрогены — по 10 000 ЕД; на 14, 16, 18-й дни — эстрогены по 10 000 ЕД в сочетании с 10 мг/сут. гестагенов и на 20—25-й дни цикла — одни гестагены по 10 мг/сут. Всего проводят три таких курса. *3-й этап* — на 10, 12-й дни цикла назначают эстрогены по 10 000 ЕД, на 14, 16, 18-й дни — эстрогены и прогестерон и на 20—22-й дни — 1 %-й р-р прогестерона по 3 мл в/м. Всего проводят один курс такого лечения. *4-й этап* — на 12-й день менструального цикла используют только эстрогены, на 14, 16, 18-й дни — эстрогены в сочетании с прогестероном. Всего один курс терапии. *5-й этап* — на 12, 14-й дни цикла применяют сочетание эстрогенов и прогестерона, на 21—23-й дни — ударные дозы прогестерона.

Схема 3. Назначают 0,05 %-й р-р гландуболина — по 1 мл в/м ежедневно в течение 2—3 недель; хориогонин — по 500 ЕД в/м на 14, 16, 18, 20-й дни менструального цикла от начала лечения; оргаметрил — по 1 табл. в день с 16-го по 25-й день лечения.

Схема 4. Предусматривает применение следующего комплекса лечения. На 12-й день цикла показан 0,1 %-й р-р эстрадиола дипропионата — по 1 мл в/м и 1 %-й р-р прогестерона — по 1 мл в/м; на 20-й день цикла — эстрадиола дипропионат в той же дозе в сочетании с 2 мл 12,5 % р-ра 17-ОПК в/м. Указанное лечение проводят в течение 6 циклов. Обязательно назначение витаминотерапии (Е, С, фолиевая кислота) и АФТ.

Гипоталамо-гипофизарная аменорея. Лечение ее определяется формой. Принято выделять четыре формы данной аменореи: 1) гиперпролактиновая; 2) аменорея, обусловленная нейрообменно-эндокринным синдромом (НЭС); 3) психогенная; 4) гипогонадотропная.

Гиперпролактиновая аменорея — см. *Гиперпролактинемия*.

Аменорея вследствие НЭС — см. *Нейрообменно-эндокринный (гипоталамический) синдром*.

Психогенная аменорея. Основные принципы лечения: устранение причинного фактора (стресса, дефицита массы

тела, физических и умственных перегрузок); проведение терапии совместно с психоневрологом или невропатологом (терапия должна носить этапный характер, состоять из фармакотерапии и немедикаментозных воздействий).

1-й этап. Фармакотерапия. Седативные препараты (рудотель, феназепам, мебикар, экстракт валерианы — по 1 табл. 2—3 раза в день); восстановление массы тела (психотерапия, сбалансированное питание, анаболические препараты — неробол по 0,01 г/сут. 2—3 мес., ретаболил — 1 мл в/м 1 раз в месяц, оротат калия — 1,5 г/сут.; витамин Е — 100 мг/сут. 20 дней; аскорбиновая кислота — 0,15 г/сут.; 40 %-й р-р глюкозы — 20 мл в/в 10 дней; средства, улучшающие микроциркуляцию (трентал, теоникол, витамин Е)).

Немедикаментозное лечение. АФТ — эндоназальный электрофорез с 2 %-м раствором витамина В₁; шейно-лицевая гальванизация с 0,25 %-м р-ром новокаина, 2 %-м р-ром натрия бромида; непрямая электростимуляция головного мозга импульсными токами низкой частоты.

2-й этап. Проводят только после снятия психоэмоционального напряжения, восстановления дефицита массы тела — при отсутствии спонтанных менструаций. Фармакотерапия. Тиреоидин — по 0,05 г/сут. в течение 4—5 дней с интервалом 2—3 дня; витамин Е — внутрь или в/м.

Гормональная терапия. *Вариант 1.* При первичной аменорее психогенного генеза в сочетании с генитальным инфантилизмом назначают средства стимуляции роста матки и вторичных половых признаков (ВПП): эстрон — по 500 ЕД/сут. в течение 14 дней каждого месяца на протяжении 3 мес.; префизон — по 25 ЕД в/м ежедневно в течение 1 мес.; нон-овлон, овозистон, бисекурин назначают по схеме: 1-я и 2-я недели — 1 табл./день, 3-я и 4-я — 2 табл./день, 5, 6, 7-я недели — по 3 табл./день.

Вариант 2. Показан при психогенной аменорее и нервной анорексии после 3—4-месячного общего лечения при отсутствии менструаций. Назначают прерывистые курсы эстрогенов (микрофоллин — по 0,01 мг 2 раза в день в течение 15—20 дней, затем интервал 10 дней и повторение до 3—4 курсов). После роста матки, появления кровотечения показаны курсы терапии гестагенами — прогестерон по 5—10 мг/сут. в течение 7—8 дн. с интервалами 2—3 месяца. Возможно использование вместо эстрогенов СПП по схеме: 1 табл./день 2 раза в течение 21 дня. После появления кровянистых выделений или при их отсутствии спустя 7 дней после окончания лечения назначают в

циклическом режиме еще 3 курса лечения в той же дозе с последующим проведением 3 курсов терапии СПП с низким содержанием эстрогенов (ригевидон, нон-овлон, бисекурин) с 15-го по 25-й день цикла.

Гипогонадотропная аменорея. Встречается при нарушении секреции гонадотропинов, вследствие гипоталамо-гипофизарной недостаточности с низким содержанием ФСГ и ЛГ в крови.

Фармакотерапия (основной метод лечения). Пергонал-500 — ежедневно в индивидуально подобранной дозе с учетом клинико-лабораторного и ультразвукового исследования. Условия для введения: 1) уровень эстрадиола (E_2) в плазме крови от 900 до 1200 нмоль/л (1200—2700 пмоль/л); 2) размер доминантного фолликула по данным УЗИ, равный или более 15 мм в диаметре. Наиболее эффективна индукция овуляции с помощью менопаузальных гонадотропинов (пергонал, неопергонал, хумегон) в сочетании с хорионическим гонадотропином (ХГ). Основные принципы введения человеческого менопаузального гонадотропина (ЧМГ) заключаются в следующем. Лечение начинают без вызывания предварительной менструально-подобной реакции, т. е. на фоне аменореи. Одна ампула препарата содержит 75 ЕД ЛГ и 75 ЕД ФСГ. Начальная ежедневная доза вводимого препарата составляет 2—3 ампулы, через 5—7 дней (латентный период) необходимо повторное определение исследуемых параметров (осмотр шейки в зеркалах, оценка цервикального числа, бимануальное исследование, УЗИ, эстрадиол в крови). Выбранная ежедневная доза вводимого препарата является адекватной, если наблюдается трехкратное увеличение концентрации E_2 в крови, повышение цервикального числа до 5—6 баллов и в яичниках обнаруживают фолликулы диаметром 0,8—1 см. При отсутствии этих данных ежедневную дозу препарата необходимо увеличить на 1 ампулу; при обнаружении признаков гиперстимуляции — уменьшить на 1 ампулу. С 5—7-го дня лечения необходим ежедневный контроль за состоянием пациентки. При достижении предовуляторного периода (E_2 в крови 900—1500 нмоль/л, наличие в яичниках доминантного фолликула диаметром 1,5 см и более, цервикальное число 10—12 баллов) курс ЧМГ прекращают и вводят однократно овуляторную дозу ХГ — 5000, 7500, 10 000 ЕД в/м, что позволяет вызвать овуляцию и сформировать активное желтое тело. На 5—7-й день подъема базальной температуры назначают небольшие поддерживающие дозы ХГ в/м (1500—2000 ЕД) 2—3 раза. При гипоталамической форме аменореи высокоэффективным методом лечения при пра-

вильном подборе больных является пульсирующее введение ЛГ-РГ с использованием аппарата *Cyclomat* (Германия), который с помощью эластического пояса укрепляют на теле женщины. В аппарат заправляют препарат ЛГ-РГ, содержащий активное вещество в дозе 0,8—3,2 мг, растворенное в 10 мл физиологического раствора. Через систему эластических трубок препарат автоматически поступает в локтевую вену пациентки через постоянный тефлоновый катетер. Режим подачи регулируется таймером аппарата: через 90 мин в течение 1 мин подается 20 мкг вещества. За 10 дней работы аппарата расходуется запрошенная в него общая доза препарата. В дальнейшем пульсирующее введение ЛГ-РГ продолжают в течение всей лютеиновой фазы (10—12 дн.) или аппарат снимают, но на 3—4 день после овуляции в/м вводят ХГ в дозе 3500—4000 ЕД.

При гипоталамо-гипофизарной аменорее большое значение имеет завершенность соматополового развития больной к моменту начала заболевания. В зависимости от этого аменорея носит первичный или вторичный характер. Первичная аменорея возникает при гипофизарном нанизме, гипофизарном гигантизме, гипофизарном евнухидизме; вторичная — развивается после наступления полового созревания у больных с акромегалией, болезнью Симондса, синдромом Шихена, болезнью Иценко — Кушинга.

Гипофизарный нанизм (пангипопитуитаризм), евнухидизм. Лечение должно быть этиологическим и включать: при заболеваниях воспалительного генеза — противовоспалительное лечение; при опухолях — лучевую терапию или хирургическое удаление опухоли; при гипофункции эндокринных желез — гормональную терапию. Терапия должна проводиться совместно с эндокринологом в связи с полигландулярными нарушениями.

1-й этап — коррекция роста и массы тела. Начало — как можно раньше, до закрытия эпифизарных зон. Фармакотерапия: соматотропин (2—4 ЕД) — по 1—2 ампулы с 2—4 мл 0,25 %-го раствора новокаина в/м 3 раза в неделю в течение 3 мес. (в отдельных случаях до 1,5—2 лет и более). Препарат аллергологенен; анаболические гормоны — ретаболил 5 %-й р-р, по 1 мл в/м 1 раз в месяц; неробол — по 5 мг 2 раза в день, затем 1 раз в месяц длительно; феноболин — по 1 мл 1 или 2,5 %-го р-ра, 1 раз в неделю в течение 2 мес.; силаболин — разовая доза 25—50 мг (1—2 мл 2,5 %-го р-ра) в/м, расчетная доза — 1—1,5 мг/мес. Месячную дозу вводят равными частями в 2—4 приема, 1 раз в 7—14 дней. Длительность лечения 1—2

мес. с последующим перерывом в 1 мес., курсы повторяют по показаниям; метандростенолон — по 10 мг/сут. внутрь в течение 1—2 месяцев; андрогены: метиландростендиол — по 50 мг/сут. в течение 1 мес. или по 50 мг каждые 3—5 дн.; хлортестостерон — по 5—10 мг через день, курсами по 4—6 нед. с месячными перерывами; тестостерона пропионат — по 1—2 мг в сочетании с экстрактом щитовидной железы (0,01—0,02 г) и гидрокортизоном (25 мг) — по 4—5 раз в неделю месячными курсами; инсулин — по 2—4 ЕД в день подкожно; витамин А — в дозе 20 000 ЕД/сут., В₁₂—200_γ, Д₂—0,5 мг, С — 0,5 г, фолиевую кислоту — 10—20 мг/сут. и более на протяжении 6—12 мес.; из микроэлементов — препараты кобальта (коамид), по 1 мг 3 раза в день длительно.

2-й этап — после закрытия зон роста для индукции менструации и лечения генитального инфантилизма.

Фармакотерапия (один из вариантов). Циклогормонотерапия (5—6 курсов); СПП в циклическом режиме (1 год); нестероидные антиэстрогены по общепринятой методике; гонадотропины. Последние сочетают или чередуют с циклической гормональной терапией. Лечение гонадотропинами: ФСГ-гонадотропин — ежедневно по 1000—1500 ЕД в/м в течение 9—10 дн. с одновременным и последующим введением в течение 4—5 дн. ЛГ-гонадотропина; одновременно — весь курс ФСГ-гонадотропина с последующей инъекцией на 13—14-й день 10 000 ЕД ЛГ-гонадотропина; ФСГ-гонадотропин с интервалом в 3 дня и последующей однократной инъекцией 9000 ЕД ЛГ-гонадотропина; префизон — по 1—2 мл п/к, в/м.

Немедикаментозное лечение. АФТ (эндонозальный электрофорез с витамином В₁, 0,25 %-м р-ром фенамина, эрготамина, 1 %-м р-ром сульфата меди); рефлексотерапия (ИРТ, лазерпунктура).

Гипофизарный гигантизм и акромегалия. В основе заболевания лежит гиперпродукция соматотропина. Оба заболевания являются возрастными вариантами одного и того же патологического процесса. Лечение проводят в эндокринологическом стационаре.

Фармакотерапия. Показана при неопухоловой форме заболевания. Лечение желательно проводить в пубертатном периоде. Назначают эстрогены по схеме: эстрадиола бензоат — по 1—2 мг через день в течение 20 дней, затем прогестерон — по 10 мг/сут. в течение 3—7 дней с 5, 7, 10-дневными перерывами между курсами.

Немедикаментозное лечение. Рентгенотерапия и хирургическое вмешательство. Суммарная доза рентге-

нотерапии на опухоль составляет 2322—3096 мКл/кг, при неопухоловом генезе — 387—516 мКл/кг.

Хирургическое лечение. При опухолевой форме заболевания и отсутствии эффекта от рентгенотерапии. Цель — удаление опухоли гипофиза. На этапе реабилитации после операции показана поддерживающая гормональная терапия: кортикостероиды, тиреотропные гормоны, половые стероиды (см. *Пангипопитуитаризм*).

Диэнцефально-гипофизарная кахексия (болезнь Симондса). Терапия должна быть комплексной и этиотропной.

Фармакотерапия. Включает в себя основные компоненты. Диета высококалорийная с достаточным содержанием витаминов А, В, С, Д, Е, одновременно витаминными группами В, С, Е, Д внутрь и (или) парентерально. Заместительная терапия половыми стероидами проводится комплексно. В начале заболевания назначают кортизон — от 12,5 до 100—200 мг/сут. в течение 2—4 нед.; прогестерон — по 5—10 мг/сут.; тиреоидин — по 0,005—0,01 г/сут.; тестостерона пропионат — 10—25 мг 1—2 раза в неделю в/м. Вышеприведенное лечение осуществляют длительно, месячными курсами с такими же интервалами. Префизон вводят по 1 ампуле (25 ЕД) в/м. Для лечения вторичной аменореи показана циклическая гормонотерапия по общепринятым схемам (см. *ДМК*).

При восстановлении функции половых желез назначают стимуляцию кломифеном, хориогонином, гестагенами; при упорной ановуляции — пергонал, неопергонал, хумегон, ХГ. Тиреотропный гормон (ТТГ) вводят по 50 ЕД в/м через день в течение 10 дней; АКТГ — по 20—40 ЕД в/м в течение 10—20 дней или синактен-депо — по 1 мг в/м через 1—2 дня, затем дозу снижают до 0,5 мг каждые 2—3 дня или вводят 1 мг 1 раз в неделю. Перерывы между курсами тропных гормонов должны быть не меньше месяца. Анаболические гормоны применяют по схеме: неробол — по 10 мг/сут. в течение 40—60 дн.; ретаболил — по 1 мл в/м, вводят 1 раз в 2—3 нед.; феноболлин — 1 %-й р-р по 1 мл в/м 1 раз в неделю в течение 2 мес. Из биостимуляторов показаны экстракт алоэ (по 1 мл п/к, в/м в течение 1 мес.) и апилак — по 0,01 г 3 раза в день на протяжении 10—15 дн.

Болезнь Иценко—Кушинга. Лечение проводят в эндокринологическом стационаре.

Фармакотерапия. Ингибиторы синтеза гормонов коры надпочечников (хлоритан) назначают внутрь (самостоятельно и в сочетании с хирургическим лечением) из расчета 0,1 г/(кг·сут) — 6—10 г в 3 приема через 15—20 мин после еды, на курс лечения 200—300 г; синтетические

прогестины (нон-овлон, бискурин) — по 1 табл. в день в течение 21 дня на протяжении 4—5 мес. с перерывами между курсами 7 дней; эстрогены — в средних дозах для восстановления менструальной функции; анаболические гормоны, витамин Д — для лечения сопутствующего остеопороза.

Немедикаментозное лечение. Лучевую терапию проводят в двух вариантах: а) введение радиоактивного иттрия-90 (1—2 мКи) в гипофиз; б) рентгенотерапия гипоталамо-гипофизарной области — показана в ранние периоды заболевания при нетяжелом течении. Суммарная доза на курс лечения 5000—6000 R. Хирургическое вмешательство показано сразу при тяжелом течении и спустя 5—6 недель после неэффективного лучевого лечения. Основной вид вмешательства — удаление одного или обоих надпочечников.

Яичниковые формы аменореи. Принято выделять две группы яичниковых аменорей: 1) аменорея вследствие болезни (синдрома) поликистозных яичников; 2) гипергонадотропная аменорея, связанная с преждевременной недостаточностью яичников. Вторая группа обусловлена различными синдромами.

Синдром истощения яичников (СИЯ). Известен под названием «преждевременный климакс», «преждевременная менопауза» — возникает у женщин моложе 38 лет, сопровождается преждевременным истощением фолликулярного аппарата яичников. Лечение преследует цель устранения вегетативной дисфункции, профилактики и терапии гипоэстрогении: остеопороза, ишемической болезни сердца (ИБС) и др.

Фармакотерапия. Из седативных средств назначают вегетотропные препараты (беллоид, белласпон, белламинал — по 1 драже 3 раза в день), транквилизаторы (сибазон, окселидин, рудотель, мебикар — по 1 табл. 2 раза в день). Для улучшения микроциркуляции используют кавинтон — 3 табл. в день, стугерон (циннаризин) — по 1 табл. 3 раза в день, эскузан — 12—15 капель 3 раза в день, эсфлазид — по 1 табл. 1—2 раза в день первые 2 дня лечения, затем по 3—4 раза в день. Курс лечения может быть от 2 нед. до 2—3 мес. Антидепрессанты назначают в виде азафена — по 25—50 мг 2—3 раза в день, триптизола — по 25 мг 1—2 раза в день в/м. Кроме того, показаны «малые» нейролептики (эглонил — 3 табл./сут., френолон — 10—15 мг/сут., группа фенотиазина), ноотропные вещества (пирацетам — 0,4 г 3 раза в день, ноотропил — 1—2 капсулы 3—4 раза в день на протяжении 2 мес.), регуляторы нейромедиаторного обмена (дифенин — по 1/2

табл. 3 раза в день в течение 6 мес.). Продолжительность курса определяется индивидуально и колеблется от 2 до 4 мес. Циклическая гормональная терапия проводится традиционно циклами в 3—4 недели в течение 6—12 мес. (2—3 курса). После терапии яичниковыми гормонами в дальнейшем подбирают минимальные оптимальные дозы (1/4 табл.) комбинированных эстроген-гестагеновых препаратов (СПП). Продолжительность перерывов и частота повторных курсов лечения сугубо индивидуальны. Лечение СИЯ с помощью СПП направлено на снятие вегетативно-сосудистых расстройств и проводится до возраста естественной менопаузы.

Немедикаментозное лечение. Широко показаны йодобромные ванны (15 процедур, проводимых через день), рефлексотерапия (ИРТ, лазерпунктура).

Синдром резистентных яичников (СРЯ). Ему свойственна аменорея, бесплодие при нормальном строении яичников и развитии половых признаков. Лечение носит эмпирический характер.

Фармакотерапия. Назначают эстрогены, циклическую гормонотерапию, индукторы овуляции, экзогенные гонадотропины. Терапию проводят по этапам. На первом этапе при положительной гестаген-кломифеновой пробе продолжают лечение кломифеном (его аналогами), на втором при положительной пробе с гестагенами и отрицательной с кломифеном показана стимуляция функции яичников кломифеном с хориогонином. Для подавления аутоиммунного процесса показана терапия кортикостероидами, циклоспорином. Эффективно также экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) яйцеклетки донора с переносом ее в полость матки женщины с яичниковой недостаточностью. Одновременно применяют влагалишные свечи с прогестероном.

Синдром дисгенезии гонад. Это генетически обусловленное заболевание яичников, связанное с нарушением эмбрионального развития гонад, генными мутациями или воздействием эмбриотоксичных факторов. Принято выделять следующие формы синдрома дисгенезии гонад: 1) типичная (синдром Шерешевского — Тернера); 2) «чистая» форма; 3) смешанная форма; 4) тестикулярная феминизация.

1. Типичная форма дисгенезии гонад (синдром Шерешевского — Тернера). Терапия должна быть направлена на устранение диспропорционального соматического развития, уменьшение полового инфантилизма, профилактику остеопороза, восстановление нервно-мышечного аппарата.

Фармакотерапия. Методом выбора является терапия анаболическими стероидами, половыми гормонами, тиреоидином, соматотропином. Анаболические стероиды назначают для стимуляции роста: детям дошкольного возраста — по 2,5—5 мг/сут., школьникам — до 10 мг/сут. Наиболее часто используют ретаболдил, неробол, феноболлин, метандростенолон, метиландростендиол. Лечение проводят в течение 5—7 мес. с последующим рентгенологическим контролем костного возраста. При наличии соответствия костного возраста хронологическому терапию анаболиками прекращают.

Для формирования женского фенотипа эстрогены следует назначать после 13—15 лет с минимальных дозировок, чтобы не ускорить закрытие зон роста. Лечение проводят курсами по 20 дн. с 10-дневными перерывами. Препараты: синэстрол — по 1 мг 1—2 раза в день, микрофоллин — по 0,05 мг 1—2 раза внутрь, 0,1 %-й р-р эстрадиола дипропионата — по 1 мл в/м 2—3 раза в неделю в течение 3 недель с перерывом между курсами в 7—10 дн. Прерывистую терапию эстрогенами проводят с целью имитирования цикличности, лечение — длительно. Через 6—8 мес. у больных появляется менструальноподобная реакция, после этого переходят на циклическую терапию гормонами или терапию СПП до 50-летнего возраста. Для улучшения рецепции половых органов и молочных желез одновременно назначают: тиреоидин — по 0,05—0,1 мг/сут. внутрь, фолиевую кислоту — по 10—20 мг/сут., витамины Е, А. Тиреоидин способен также повышать среднюю скорость роста при применении его в дозе от 20 до 100—150 мг/сут. в течение 1—3 лет. При сочетании тиреоидина с анаболическими гормонами лечение проводят курсами до 13—14-летнего возраста, затем переходят на терапию половыми гормонами. Соматотропин назначают самостоятельно или в сочетании с анаболиками. Терапию начинают в возрасте от 4,5 до 20 лет. Продолжительность курса лечения составляет от 10 дней до 2,5 лет. Оптимальная доза препарата 0,15 ЕД/кг массы тела при введении его 3 раза в неделю в/м.

Немедикаментозное лечение. Используют индуктофорез на низ живота, токи д'Арсонваля на соски.

2. «Чистая» форма дисгенезии гонад. Фармакотерапия. Анаболические стероиды обычно не используют. Методом выбора является заместительная гормональная терапия. Начинают ее с момента установления диагноза и продолжают до 15—16 лет и позже.

Хирургическое лечение. Абсолютное показание к нему — наличие ХУ кариотипа. Основной вид вмешательства — билатеральная гонадэктомия.

3. Смешанная форма дисгенезии гонад. Лечение проводят в два этапа: первый — билатеральная гонадэктомия, выполненная обязательно в возрасте до 20 лет во избежание малигнизации. При этом, если на месте гонады обнаруживают образование неправильной формы и неоднородной консистенции, его удаляют вместе с маткой; второй — заместительная терапия половыми стероидами.

4. Тестикулярная феминизация (синдром Морриса, ложный мужской гермафродитизм). Фармакотерапия. Направлена на усиление феминизации, так как больные обычно имеют женский паспортный пол и женский фенотип. Она показана также после гонадэктомии, при появлении посткастрационного синдрома. Метод выбора — гормональная терапия.

Хирургическое лечение. Рекомендуются после окончания полового развития (после 25 лет) с последующей гормонотерапией. По показаниям производят пластические операции.

Маточная форма аменореи. Лечение должно быть причинным, направлено на устранение синехий в полости матки, аллотрансплантацию эндометрия, восстановление цикличности в нем. В зависимости от состояния эндометрия и функции яичников, лечение которых принципиально различно, выделено три группы маточной аменореи.

1-я группа. Нормальный (гипопластический) эндометрий, нормальная (сниженная) функция яичников. Основная нозологическая форма — синехии цервикального канала и полости матки. Для лечения применяют комбинированный метод. Основные лечебные мероприятия при синехиях цервикального канала: нормализация биоценоза влагалища (санация половых путей); полноценная премедикация и адекватное обезболивание; проведение операции — трансцервикального разрушения спаек зондом, расширителями Гегара, кюретками; введение в цервикальный канал и полость матки в течение 8—12 дней ежедневно на 24 ч турунды, смоченной раствором следующего состава: линимент синтомицина 5—10 %-й — 5,0 г, гидрокортизон 1 %-й — 25 мг, фолликулин 10 000 ЕД (эстрадиола дипропионат 0,1 %-й — 2 мл), лидаза — 64 ЕД. При синехиях полости матки дополнительно вводят индивидуально подобранную ВМС на 3—4 мес.

2-я группа. Полное отсутствие (глубокая атрофия) эндометрия, нормальная (сниженная) функция яичников.

Хирургическое лечение. Является методом выбора — в виде трансвагинальной аллогенной трансплантации консервированного эндометрия, забранного во время операции искусственного аборта. При подборе доноров учитывают группу крови и резус-фактор. Консервацию осуществляют проточным или проточно-рециркуляционным методом в растворе Тирода или Шумакова — Колинза при температуре от +2 °С до +4 °С (ткань хорошо сохраняется, возможно гистологическое исследование).

Подготовка к операции включает: эстрогенный фон — фолликулин 5000 ЕД в/м 1 раз в день в течение 5 дн.; снотворное (транквилизаторы) — внутрь на ночь накануне операции; очистительные клизмы — вечером накануне и утром в день операции; адекватную премедикацию и обезболивание.

Основные этапы операции. Шейку обнажают в зеркалах, фиксируют, зондируют полость матки, цервикальный канал расширяют расширителями Гегара до № 7—8 или вибродилататорами, выскабливают стенки матки, высушивают марлевыми турундами. На влагалищную часть шейки матки у внутреннего зева накладывают два провизорных шва, но не завязывают. Шприцем от ВМС вводят 2—3 мл измельченного ножницами консервированного эндометрия с последующим завязыванием шелковых (№ 3—4) или лавсановых швов, наложенных провизорно.

После операции назначают: стол 1а — 1б в течение 6—7 дн.; строгий постельный режим; фармакотерапию — среднетерапевтические дозы спазмолитиков, витамины С, Е, К, глюкокортикоиды, стимуляторы регенерации (метилурацил), антибиотики широкого спектра действия; эстрогены — по 5000 ЕД в/м в день в течение 12 дн., в дальнейшем как реабилитацию — циклическую гормональную терапию.

3-я группа. Отсутствие (атрофия) эндометрия, резко сниженная функция яичников.

Хирургическое лечение. Производят сочетанную трансплантацию консервированных тканей яичников и эндометрия. Подготовка к операции идентична 2-й группе и выполняется в два этапа. Вначале проводят аллогенную трансплантацию консервированного яичника (под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина) по следующей методике. Поперечным надлобковым разрезом длиной 4—5 см рассекают послойно ткани до мышц. Между ними и брюшиной в предбрюшинную клетчатку в созданные карманы вводят 5—6 кусочков яичника (следует учитывать группу крови и резус-фактор).

Рану ушивают наглухо, накладывают асептическую наклейку. Швы снимают на 7-е сутки.

Следующий этап — аллогенная трансплантация консервированного эндометрия. Проводят так же, как во второй группе аменореи, либо с возможной модификацией. Эндометрий после операции искусственного аборта отмывают в растворе (300 000 ЕД бензилпенициллина на 10 мл физиологического раствора поваренной соли), помещают в лоскут амниальных оболочек, связывают кетгутom и после расширения цервикального канала вводят за внутренний зев. Провизорные швы не накладывают. Гормональную терапию не проводят.

После выписки из стационара назначают циклическую гормональную терапию в любом варианте. АФТ используют по следующей схеме: 1-й и 4-й месяцы в виде эндоназального электрофореза с витамином В₁ (по Г. Н. Кассилю: 15—20 сеансов); 2-й месяц — электрофорез с 0,5—1 %-м р-ром сульфата меди на низ живота (15—20 процедур); 3-й месяц — перерыв.

Аменорея, обусловленная гипотиреозом. Стойкая аменорея при субклиническом течении заболевания — ведущий симптом.

Табл. 3. Лекарственные препараты, содержащие тиреоидные гормоны

Препарат	Содержание в таблетке		
	левотироксина	лиотиронина	калия йодида
ТиреокOMB	70 мкг	10 мкг	150 мкг
Тиреотом	40 мкг	10 мкг	—
Тиреотом-форте	120 мкг	30 мкг	—
Трийодтиронин	—	20 мкг, 50 мкг	—
L-тироксин	50 мкг	—	—
	100 мкг	—	—

Фармакотерапия. Методом патогенетической терапии гипотиреоза является лечение тиреоидными гормонами (табл. 3). Вопрос о дозе препарата и длительности лечения решается совместно с эндокринологом. Обязателен индивидуальный подход к каждой больной. При субклиническом течении заболевания назначают небольшие дозы тиреоидина — по 0,1 г через день на протяжении месяца, а в последующем — 1 раз в день 6 дней в неделю на протяжении 3—6 мес. При клинических проявлениях

заболевания дозу тиреоидина (тиреокомба) постепенно увеличивают до исчезновения клинической симптоматики гипотиреоза, галактореи, нормализации менструальной функции, уровней тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т₄), трийодтиронина (Т₃). При этом длительность приема препаратов для достижения эутиреоидного состояния составляет в среднем 4,5 мес. (колеблется от 2 до 10 мес.). Состояние больных улучшается через 1—2 мес., исчезает галакторея, спустя 2—3 мес. от начала лечения возникает менструальноподобная реакция, затем нерегулярные месячные по типу олигоменореи. При выраженном гипотиреозе назначают от 100 до 200 мкг L-тироксина. При стойкой ановуляции, несмотря на терапию тиреоидными гормонами, дополнительно назначают индукторы овуляции (кломифен и его аналоги) по общепринятой схеме. Обычно после третьего цикла лечения восстанавливается овуляторный менструальный цикл и фертильность.

Аменорея, обусловленная патологией надпочечников. Встречается наиболее часто при опухолях надпочечников или врожденной дисфункции коры надпочечников (адреногенитальный синдром). Лечение первой патологии проводят эндокринологи и хирурги. Лечение аменореи при адреногенитальном синдроме — см. *Синдром дисфункции коры надпочечников.*

1.3. БОЛЕЗНЬ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Это одно из наиболее распространенных заболеваний в гинекологической эндокринологии. Его рассматривают как полиэтиологическую, полигландулярную, полисистемную патологию, в основе которой лежат изменения функции гипоталамо-гипофиз-яичниковой системы (ГГЯС), механизма овуляции, биосинтеза стероидов, приводящие к кистозным и дегенеративным изменениям в яичниках. Выделяют первичные поликистозные яичники (синдром Штейна — Левенталя) и вторичный поликистоз яичников гипоталамического генеза и развивающийся на фоне надпочечниковой гиперандрогении.

Первичные поликистозные (склерокистозные) яичники, синдром Штейна — Левенталя. Цель лечения — нормализация измененной функции гипоталамо-гипофиз-яичниковой системы, механизма овуляции, биосинтеза стероидных гормонов, приводящих к развитию поликистоза в яичниках. Задачи лечения: восстановление фертильности, профилактика гиперпластических процессов эндометрия. Основные принципы лечения следующие. Терапия синд-

рома поликистозных яичников (СПКЯ) должна быть этапной, комплексной, строго индивидуальной. Вид конкретной терапии определяется: клинико-патогенетическим вариантом заболевания (первичные ПКЯ, вторичный поликистоз); возрастом больной; длительностью и степенью тяжести имеющихся нарушений в репродуктивной системе; выраженностью морфологических изменений в яичниках и эндометрии (онкологические аспекты проблемы); эффективностью ранее проведенного лечения. Терапия больных с СПКЯ должна быть направлена как на первично пораженный очаг, так и на вторично вовлекаемые звенья. Критерием эффективности лечения являются: восстановление менструального цикла; появление овуляции и секреторных изменений эндометрия; наступление беременности; снижение выраженности гирсутизма; нормализация психического статуса и вегетативной регуляции. Выделяют консервативное и хирургическое лечение СПКЯ.

1. Консервативное лечение. Преследует цель восполнить дефицит гормонов, вырабатываемых пораженными яичниками в малом количестве, добиться восстановления нормального гормонального баланса в организме. Оно чаще выступает как первоначальный этап проведения лечения СПКЯ. Показания к консервативному лечению: начальные стадии заболевания; легкие степени тяжести синдрома; молодой возраст (у девушек и у молодых женщин в 16—20 лет). Длительность лечения у больных с СПКЯ не должна превышать 6—12 мес. при отсутствии стойкого эффекта.

Фармакотерапия. Гормональная терапия может выступать как основной метод лечения заболевания, либо как этап перед предстоящим хирургическим вмешательством, либо как средство реабилитации. Основные, наиболее часто употребляемые средства гормональной терапии СПКЯ: СПП, индукторы овуляции, гестагены, гонадотропины, глюкокортикоиды, ципротерона ацетат, парлодел.

Индукторы овуляции. Показания: 1) начальные этапы лечения больных; 2) отсутствие эффекта от операции; 3) предоперационное обследование — как дифференциально-диагностический тест; 4) прогнозирование эффективности клиновидной резекции яичников. Лечебный эффект их связан с антиэстрогенным действием на уровне гипоталамо-гипофизарных структур.

Схема терапии: один из индукторов (кломифена цитрат, клостилбегит, клоmid, тамоксифен) назначают по 50 мг/сут. в течение 5 дней с 5-го дня менструального цикла, постепенно повышая дозу до 100—150 мг/сут.

Длительность лечения составляет от 3 до 5 мес. Курсы лечения можно повторять 2—3 раза. Обязателен контроль ТФД, УЗИ, бимануальным исследованием; тамоксифен (зитазониум) — по 10—50 мг/сут. Он менее часто способен вызывать синдром гиперстимуляции яичников. При проявлениях антиэстрогенного действия (приливы, уменьшение количества цервикальной слизи) рекомендуются адьюванты; с 9-го по 15-й день условного менструального цикла назначают микрофоллин (по 0,05 мг/сут.) или конъюгированные эстрогены (премарин) — по 0,625 мг/сут. с 10-го по 19-й день терапевтического цикла. У отдельных больных лечение дополняют хориогонином в дозе 3000—5000 ЕД на 12—13-й день цикла. Следует запомнить, что препараты кломифена и его аналоги при СПКЯ дают временный эффект, могут быть использованы в качестве теста функциональной диагностики и для прогнозирования исхода предстоящей операции.

Циклическая гормонотерапия. Может использоваться как начальный этап в лечении и реабилитации. Осуществляется под контролем ТФД. Методика ее в зависимости от характера менструальной функции представлена в табл. 4. Проводят 2—3 курса с перерывом во время месячных. С 3—4-го мес. добавляют ХГ (профази) по 1000 ЕД в/м на 12, 14, 16-й дни цикла. При гирсутизме нецелесообразно в случае проведения цикловой терапии использовать прогестерон, поэтому в 1-ю фазу вводят эстрогены в общепринятых дозах, а во 2-ю — применяют токоферола ацетат.

Табл. 4. Схема циклической гормональной терапии СПКЯ

Характер менструального цикла		
двухфазный гипогормональный ановуляторный цикл	монофазный гипогормональный цикл	монофазный гиперэстрогенный цикл
Микрофоллин (25 мг/сут.) или фолликулин (5000 ЕД в/м через день) в течение 5 дн.— 1-я фаза; прогестерон (1 %-й р-р 1 мл в/м через день 5 дн.)—2-я фаза	Заместительные дозы: микрофоллин (0,05 мг через день) или фолликулин (5000 ЕД ежедневно в течение 10 дн.)—1-я фаза; прогестерон (10 мг/сут. в течение 10 дн. или 25 мг/сут. через день 5 дн.)—2-я фаза	Прогестерон (10 мг/сут. в течение 5—10 дн.); норколут (5 мг/сут. в течение 5—10 дн.)—2-я фаза

Гестагены. Применяют больным при хорошей эстрогенной насыщенности (высокие КПИ, цервикальное

число). Основная цель — повышение частоты наступления беременности и улучшение условий nidации для оплодотворенной яйцеклетки. Прогестерон назначают в виде 1 %-го раствора (10 мг) по 1 мл в/м с 18-го по 26-й день или 17-ОПК 12,5 %-й р-р по 1 мл (0,125 г) на 17-й и (или) 21-й день менструального цикла. Продолжительность терапии составляет 4—6 циклов.

Гонадотропины. Применяют с целью стимуляции овуляции, часто способствуют возникновению гиперстимуляции яичников из-за высокого уровня эндогенного ЛГ. Циклы, индуцированные гонадотропинами, характеризуются укорочением лютеиновой фазы. Для коррекции последней дополнительно назначают хориогонин. Введение овуляторной дозы ХГ должно совпадать с пиком созревания фолликула во избежание атрезии его и подавления овуляции. ХГ вводят на 10, 11, 12-й день цикла в дозе 1500—3000 ЕД/день. Тесты контроля введения гонадотропинов общеизвестны. Для индукции овуляции пригодны ЧМГ (пергонал, неопергонал, хумегон) и ЛГ-РГ (см. *Гипоталамо-гипофизарная аменорея*).

Терапия синтетическими прогестинами (СПП). Наиболее приемлемы бисекурин, нон-овлон, эновид, овидон, ригевидон, гравистат, овулен, метрулен, эугинон. Основные цели использования: нормализация менструального цикла; уменьшение риска злокачественного превращения эндометрия, профилактика гиперпластических процессов в нем; снижение выраженности гирсутизма; нормализация размеров яичников. Курс лечения СПП — 6—8 мес. Препарат назначают в циклическом режиме по 1 табл. в день с 5-го по 25-й день цикла.

Парлодел. Показан при ановуляции вследствие гиперпролактинемии и функциональной вторичной гиперпролактинемии. Лечебная доза парлодела колеблется от 2,5 до 5 мг/сут. в два приема в течение 1—7 мес.

Глюкокортикоиды. Используют для лечения вторичных поликистозных яичников, возникающих на фоне надпочечниковой гиперандрогении. При отсутствии эффекта показано сочетание глюкокортикоидов с кломифеном по общепринятой методике.

При атипической гиперплазии эндометрия и СПКЯ лечение проводят в два этапа.

1-й этап. Продолжительность 6 мес. *Схема:* 17-ОПК назначают по 500 мг в/м 3 раза в неделю в течение первых 2 мес. При полном регрессе эндометриальной атипии 17-ОПК вводят по 500 мг в/м 2 раза в неделю в течение 3-го и 4-го мес. В конце 4-го месяца выполняют операцию клиновидной резекции яичников. В последующие 5-й и

6-й мес. 17-ОПК вводят по 500 мг в/м 1 раз в неделю. Общая курсовая доза 12—15 г. При сохранении атипичии эндометрия необходимо решить вопрос о хирургическом лечении (экстирпация матки с придатками).

2-й этап. После введения больной 24—48 г 17-ОПК и гистологически доказанной регрессии атипичической гиперплазии применяют стимуляторы овуляции с целью восстановления менструального цикла. *Схема:* кломифена цитрат назначают по 100 мг/сут. с 5-го дня наступившей менструации (менструальноподобная реакция) или с любого дня на фоне аменореи через 2 нед. после отмены 17-ОПК; длительность приема кломифена 5 дн. Такие курсы лечения проводят в течение 4—6 менструальных циклов, обязательно под контролем тестов на овуляцию. Наступление беременности прогностически благоприятно для профилактики рецидива атипичической гиперплазии эндометрия.

Лечение гирсутизма. Метронидазол (клион) применяют при СПКЯ по двум схемам.

Схема 1. Первый курс лечения: первые 2 дня препарат назначают по 0,25 г внутрь 3 раза в день, затем в течение 10 дней по 0,5 г 3 раза в день и последние 2 дня — по 0,25 г 3 раза в день.

Схема 2. Препарат применяют внутрь по 0,5 г 3 раза в день в течение 14 дней. Всего проводят 3 курса терапии с недельными перерывами между ними. СПП используют в циклическом режиме на протяжении 6—8 мес. Наиболее эффективным считают лечение антигормонами (антиандрогенами). Ципротерона ацетат является препаратом выбора в терапии гирсутизма. Применяют по 100—200 мг/сут. с 5-го по 14-й день менструального цикла ежедневно. Препарат обладает высокой способностью к кумуляции. Обычно ципротерона ацетат сочетают с микрофоллином в дозе 0,05 мг/сут. с 5-го по 26-й день цикла. Менструальноподобная реакция чаще наступает на 3—7-е сут. после последнего приема микрофоллина. При заболевании с небольшими проявлениями гирсутизма ципротерона ацетат назначают в более низких дозах. В таких случаях наиболее подходит комбинированный препарат «Diane», содержащий 2 мг ципротерона ацетата и 50 мг микрофоллина; принимают по 1 табл. в день с 5-го по 26-й день цикла. Менструальноподобная реакция отмечается на 2—4-е сут. после приема последней таблетки. Эффект от лечения ципротерона ацетатом оценивают не ранее чем через 10—12 мес. непрерывного лечения.

Верошпирон (спиронолактон) назначают по 25 мг внутрь 2 раза в день в течение 4—6 мес. Более эффективна

его комбинация с норколутом: верошпирон — с 5-го по 21-й день менструального цикла в дозе 50 мг/сут. в сочетании с норколутом (его аналогами) с 16-го по 25-й день цикла в дозе 5 мг/сут. Механизм действия основан на угнетении четвертого пути обмена андрогенов в яичниках и стимуляции пятого пути их биосинтеза, при угнетении секреции кортикотропина верошпироном. Циметидин назначают в таблетках по 300 мг 5 раз в день на протяжении 90 дн. (3 мес.).

Немедикаментозная терапия. Для этого используют различные виды аппаратной физиотерапии, УФОК (ультрафиолетовое облучение крови), бальнео-, фито-, рефлексотерапии. Проводят с учетом возраста больной, длительности заболевания, степени тяжести поражения по квантификационной шкале, характера имеющихся нарушений в репродуктивной системе и эффективности предшествующего лечения. Нетрадиционная терапия — это этап перед оперативным вмешательством и (или) средство реабилитации после него.

Хирургическое лечение. Наиболее распространенный метод эффективного восстановления менструальной и генеративной функции при данном заболевании. Его используют как компонент комплексной терапии болезни (чаще) или как самостоятельную лечебную процедуру (реже).

Условия проведения хирургического лечения: 1. Обязательное наличие cito-, гистологической верификации состояния эндометрия до операции (аспирационная биопсия, раздельное диагностическое выскабливание матки). 2. Выбор оптимального срока проведения оперативного вмешательства — отсутствие глубоких дистрофических процессов в яичниках. 3. Учет клинико-патогенетического варианта заболевания. Операция является методом выбора при первичных поликистозных яичниках в случаях кратковременного эффекта от консервативного лечения или как первый этап — при тяжести процесса. При вторичных поликистозных яичниках гипоталамического генеза операцию выполняют на втором этапе лечения. Кроме того, она допустима при сочетанной форме (яичниково-надпочечниковой) поликистоза яичников. При вторичном поликистозе яичников на фоне надпочечниковой гиперандрогении операция не показана ввиду ее неэффективности. Оперативный доступ — чаще абдоминальный, реже влагалищный, наиболее перспективен эндоскопический. 4. Широкое использование средств современной оперативной техники: микрохирургической, оментоапликации, применение в качестве шовного материала дексона, бесшовное соединение раневых поверхностей яичников

цианакрилатным клесм МК-7 и др. 5. Восстановительная послеоперационная терапия с использованием современных достижений медицины.

Прогностически благоприятными признаками для последующего оперативного лечения считаются: нарушение менструальной функции по типу маточных кровотечений или опсоменорси; значительное увеличение яичников, сохранность фолликулярного аппарата, слабая выраженность фиброза капсулы и стромы яичников, гиперплазия внутренней оболочки фолликулов; нормальные (незначительно уменьшенные) размеры матки; наличие положительного кломифенового теста; соотношение ЛГ/ФСГ более 3:1; в случаях резистентности к кломифену; раннее появление менструальноподобной реакции после операции; слабо выраженный гирсутизм; отсутствие выраженных симптомов нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы.

Суть оперативного вмешательства состоит в наиболее полном удалении измененной ткани яичников. В зависимости от воздействия на яичник выделяют следующие виды хирургического лечения путем лапаротомии: клиновидную резекцию яичников, демедулляцию, декапсуляцию, декортикацию, экстравертирование, надрез яичника, одностороннюю овариэктомию. Перспективным является метод эндоскопической резекции яичников с поликистозом, а также широкая биопсия. При этом размер биоптата должен составлять 2—6 см (длина), 1,5—4 см (ширина), 2—4 см (глубина), т. е. не менее 1/3—1/2 величины яичника. Множественная и стандартная (до 1 см) биопсия яичников нежелательны из-за возможности их деформации, образования обширного спаечного процесса в малом тазе, малой информативности. Объем яичников в результате операции должен быть доведен до нормальных размеров (оптимальный вариант). Недостаточное удаление ткани яичников влечет рецидив поликистоза, чрезмерное — к атрофии. Целесообразно дополнение лапароскопии следующими воздействиями: электропунктурой, термокаутеризацией, лазерной вапоризацией.

Электропунктура. *Методика:* проводят без иммобилизации яичников, пунктуры делают игльчатым электродом на глубину 0,8—1 см током силой до 0,9 А. Число пунктур для каждого яичника от 15 до 20. *Недостатки:* возможность возникновения кровотечения, спаечного процесса.

Термокаутеризация. *Методика:* выполняют лапароскопию под общим обезболиванием, осуществляют забор для биопсии гонад; термокаутеризацию проводят

эндокоагулятором через биопсийный канал. Яичник фиксируют биопсийными щипцами, термокаутер нагревают и вводят в ткань железы до погружения рабочей части инструмента в мозговой слой — последовательно в 6—10 точек (в зависимости от размеров яичников) с каждой стороны. На 8—10-й день после операции проводят контрольную лапароскопию. После термокаутеризации на 2—4-й день возможны кровянистые выделения из половых путей. Метод нормализует эндокринную функцию, шадит фолликулярный аппарат яичников, не возникает перитонеальная форма бесплодия в дальнейшем.

Лазерная вапоризация. Суть *методики* основана на применении углекислотного, аргонного, неодимового лазеров. Перед операцией выполняют полное лапароскопическое исследование с хромогидротубацией и лизисом спаек, если таковые имеются. Излучение лазера подводят с помощью силовых световодов через биопсийный канал лапароскопа. Вапоризации (испарению) подвергаются все видимые кистозные образования. Их общее количество на один яичник составляет от 25 до 40. Обязателен контроль действий лазера с помощью видеомонитора через эндоскоп. Технические параметры: режим выпаривания — плотность мощности $8,5 \text{ кВт/см}^2$ (для яичников), $1,6 \text{ кВт/см}^2$ (перитубарные спайки); режим коагуляции — плотность мощности $2,8 \text{ кВт/см}^2$ (яичники). *Достоинства*: отсутствие образования спаечного процесса и вторичного бесплодия; возможность выяснения других причин бесплодия; исключение повторных курсов стимуляции овуляции; снижение операционного риска кровотечения.

Основной *клинический эффект* оперативного вмешательства состоит в нормализации нарушенной менструальной функции женщины и устранении бесплодия. Операция не влияет на степень выраженности гирсутизма и ожирения. Беременность, как правило, наступает в течение 1,5 лет после операции (наиболее часто — в первые 6 мес.). *Причины неудач хирургического лечения*: 1) необратимые изменения в яичниках и эндометрии (глубокая дистрофия, атрофические изменения), что необходимо учитывать в выборе оптимальных сроков выполнения операции; 2) дефекты диагностики (игнорирование особенностей течения заболевания и необходимых до операции диагностических исследований и гормональных проб); 3) технические погрешности в выполнении самой операции (недостаточное удаление патологически измененных тканей гонад); 4) недостаточная коррекция и учет сопутствующей патологии (особенно яичниковой и эндокринной).

Реабилитация после оперативного лечения. Цель — повышение эффективности хирургического лечения. Основная задача — восстановление менструальной и генеративной функции женщины.

Принципы проведения: использование данных морфологических находок в удаленной ткани яичников (гистологическое исследование, определение ингибиновой активности резецированных частей яичников); учет клинической формы заболевания и степени тяжести исходных нарушений репродуктивной функции; выбор оптимального срока (времени) начала реабилитации.

Показания к реабилитации: 1) отсутствие восстановления менструальной и репродуктивной функции в пределах 6 мес. с момента операции; допустимый срок отказа от индукции овуляции — в пределах 1,5 лет после операции; 2) наличие ановуляторных циклов и недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ). При проведении реабилитации в комплексном лечении показано немедикаментозное и нетрадиционное лечение с учетом конкретных изменений в репродуктивной системе.

В раннем послеоперационном периоде, независимо от формы заболевания, целесообразно проводить противовоспалительное, рассасывающее лечение, ЛФК.

Основные рекомендации больной сразу после выписки из стационара после операции: 1) систематическое ведение календаря менструаций; 2) измерение базальной температуры в течение 3 мес.; 3) проведение кольпоцитологических исследований в течение двух менструальных циклов на 7, 11, 14, 21, 25-й дни цикла; при отсутствии менструального цикла — сдать 5 мазков с интервалом в 5 дн. каждый; 4) исследование через 1—2 мес. после операции суточной экскреции 17-КС; 5) контрольный осмотр через 3 мес. и далее ежеквартально в течение первого года после операции, на следующий год — каждые 6 мес. и в последующие годы — 1 раз в год; 6) при наступлении беременности — ранняя явка на учет.

Программы реабилитации и тактика ведения больной после операции. При отсутствии в резецированном яичнике с обеих сторон (по данным гистологического исследования) примордиальных фолликулов показана заместительная терапия половыми гормонами после первого посещения больной врача (через 3 мес. после операции). Ненаступление беременности после эндоскопической резекции поликистозных яичников в течение 6 мес. является показанием к назначению с 7-го мес. после операции комбинированной гормональной терапии. Норколут применяют с 16-го по 26-й день менструального цикла по 10

мг/сут. в течение 2 мес. Затем осуществляют стимуляцию овуляции кломифеном (его аналогами) по вышеописанной схеме в течение 6 мес.; максимальная суточная доза его не должна превышать 100 мг. При сочетании СПКЯ с гипоплазией матки в послеоперационном периоде проводят 3 курса лечения токоферола ацетатом и назначают малые дозы эстрогенов в 1-ю фазу менструального цикла. Сочетание же СПКЯ с другими эндокринными заболеваниями требует проведения строго дифференцированной реабилитации с привлечением смежных специалистов (терапевта, эндокринолога, невропатолога). У больных, имевших атрофические изменения во влагалишных мазках и эндометрии, после операции в течение 3—6 мес. проводят терапию половыми гормонами (на 10—12-й день цикла назначают ударные дозы эстрогенов, на 21, 22, 23-й день цикла — 20 мг прогестерона + 1 мг эстрадиола дипропионата в/м). Если после первого курса лечения в гормональной кольпоцитологии КПИ более 70 %, показано лечение только ударными дозами прогестерона.

Пациенткам с СПКЯ и гиперпролактинемией назначают парлодел с 1-го дня менструального цикла (наличие менструаций) и с любого дня (аменорея). В первом курсе лечения вначале используют дозу в 1/4—1/2 табл. с постепенным ее увеличением до 2,5 мг (1 табл.) в течение 28—30 дн. Появление менструальноподобной реакции не является показанием к отмене препарата. Обязателен контроль пролактина (ПРЛ) на 6—8-й день цикла и вместе с эстрадиолом (E₂) — на 21—23-й день цикла (установление факта овуляции). В случае отсутствия эффекта от первого курса терапии дозу парлодела увеличивают до максимальной (не более 5 мг/сут.) при длительности лечения 6 мес. При нормализации ПРЛ на фоне терапии и отсутствия овуляции показан кломифена цитрат (6 циклов лечения).

Немедикаментозные методы реабилитации. Из АФТ показаны: циклическое использование диадинамических токов в определенной последовательности по 2 мин — 10 процедур в 1-ю фазу; электрофорез на низ живота через 1 %-ii р-р цинка с 12-го дня — 10 процедур во 2-ю фазу.

Для индукции овуляции после оперативного лечения СПКЯ используют рефлексотерапию (ИРТ, ЛРТ), которая является одним из методов воздействия на ГГЯС и направлена на восстановление репродуктивной функции. Методика: через 3 мес. после операции проводят 2 курса лечения по 7 сеансов с интервалом не более 3—4 дней. В 1-ю фазу рефлексотерапия стимулирует тонус парасимпатической нервной системы, а во 2-ю (со дня предполага-

емой овуляции) — симпатического отдела ее. С 4—5-го дня 28-дневного менструального цикла оказывают воздействие на ТА: *RP1, RP6, MC6, C7, R3, R12, R13, VC4, VC6*, с 15-го дня — на ТА: *G14, G11, E36, V23, V31, V32, V33*. Одновременно рекомендуется сочетать ИРТ, ЛРТ с микроиглотерапией на 7 суток (АТ23 билатерально в 1-ю фазу и АТ51 — во 2-ю фазу цикла). Показана также лазерная стимуляция овуляции через рецепторы шейки матки или электростимуляция ее по *С. Н. Давыдову* (см. ДМК).

Вторичные поликистозные яичники. Гипоталамический генез заболевания. Терапию проводят в несколько этапов. Соблюдение последовательности их выполнения строго обязательно. Терапия длительная, требуется настойчивость врача и больной. Основная цель лечения — нормализация по возможности сложных нарушений желез внутренней секреции в целом. *Задачи терапии:* снижение массы тела больной; восстановление овуляторных менструальных циклов без индукторов овуляции; индукция овуляции стимуляторами ее; нормализация фертильности; профилактика и лечение гиперпластических процессов эндометрия.

1-й этап. Фармакотерапия. Ее выполняют на фоне рациональной, гипокалорийной диеты с ограничением углеводов, поваренной соли, с разгрузочными днями в различных вариантах 2 раза в неделю. Целесообразно дополнение диетического режима следующими воздействиями: назначение диуретиков (верошпирон по 25 мг 3—4 раза в день в течение 2 мес. или фуросемид по 40—80 мг/сут. циклами в 3—5 дней под защитой калия, содержащегося в пищевых продуктах (изюм, урюк, картофель), или синтетического хлорида калия — по 1,5 г/сут.); дозированные физические упражнения, ЛФК, занятия спортом. Антианорексигенные вещества — фепранон назначают по 25 мг 2—3 раза в день за 30 мин до еды. Возможно увеличение дозы до 0,1 г/сут. в течение 1,5—2,5 мес. Адипозин используют в/м по 50 ЕД 2 раза в день в течение 10—20 дн.

Противовоспалительная терапия: бийохинол — по 2 мл в/м через день, курсовая доза 30—40 мл; биостимуляторы — биосед по 1—2 мл в течение 20—30 дн.

Дегидратационное лечение: глюкоза 40 %-й р-р — по 20 мл в/в; уротропин — 40 %-й р-р — по 10 мл в/в; магния сульфат — 25 %-й р-р — по 10 мл в/м в течение 10—20 дн.

Гормональная терапия. Носит патогенетический характер. Последовательность назначений следующая. При гиперпластических процессах для профилактики ати-

пии эндометрия назначают СПП в циклическом режиме на протяжении 6—8 мес. Однако большая частота сопутствующих осложнений, наличие противопоказаний ограничивают их использование, поэтому предпочтительны гестагены (17-ОПК) и (или) норстероиды (норколут). Схема их применения представлена в табл. 5. Для восстановления структуры эндометрия и фертильности (после потери массы тела не менее 7—10 кг) показаны индукторы овуляции. Регуляторы нейромедиаторного обмена (дифенин, хлоракон и др.) назначаются идентично, как при НЭС.

Табл. 5. Лечение гиперпластических процессов при вторичном поликистозе яичников гипоталамического генеза

Вид гиперпластического процесса	Гестагены (17-ОПК), г; схема	Норстероиды (норколут), мг; схема	Контроль эндометрия
Рецидив гиперплазии эндометрия	6,0; по 250 мг в/м 3 раза в неделю	400 мг; по 5 мг/сут. с 16-го по 25-й день цикла	Каждые 6 мес.
Атипическая гиперплазия эндометрия	12,0; по 250 мг 3 раза в неделю или по 500 мг 2 раза в неделю	1,0 г; при обильных кровях 17-ОПК назначают по 5 мг/сут. с 5-го по 25-й день цикла в течение 9—10 мес.	Каждые 3 мес.

Немедикаментозное лечение. На данном этапе применяют АФТ: эндоназальный электрофорез с витамином В₁ (экспозиция 4—30 мин); гальванический воротник; непрямую электростимуляцию головного мозга; электростимуляцию шейки матки (по С. Н. Давыдову). Из нетрадиционных методов показана рефлексотерапия (ИРТ, электроакупунктура, лазерпунктура).

2-й этап. Это хирургическая индукция овуляции (клиновидная резекция яичников). Основные условия ее выполнения: 1) проведение мероприятий первого этапа; 2) снижение массы тела больной не менее чем на 7—10 кг суммарно и не более 3—4 кг в неделю; 3) ликвидация обменных нарушений.

Показания к операции: 1) отсутствие овуляторного цикла после снижения массы тела и устранения обменных нарушений; 2) наличие (сохранение) рецидивирующей (атипической) гиперплазии эндометрия (онкологический аспект).

3-й этап. Это продолжение лечения, начатого до операции (реабилитация). При неэффективности хирургической коррекции вторичных поликистозных яичников

рекомендуется повторить исследование гормонов ФСГ, ЛГ (уточнить их соотношение), пролактина, меланотонина и нейротрансмиттеров (А, НА, дофамина, серотонина), провести УЗИ яичников, повторную оценку массы тела для выбора правильного лечения.

При повышении ПРЛ показано лечение парлоделом либо сочетание его с ХГ и другими препаратами. При повышении уровня меланотонина назначают мексамин в зависимости от состояния менструальной функции. При аменорее после операции доза мексамина 50 мг 3 раза в день в течение 3 нед. с последующим проведением прогестероновой пробы и циклической гормональной терапии (2—3 мес.). При нерегулярном менструальном цикле с ановуляцией назначают мексамин в той же дозе с 5-го по 25-й день цикла. Часто (при повышении ПРЛ) его комбинируют с парлоделом. При сочетании ожирения и неполного эффекта от операции спустя 2—3 мес. проводят разгрузочную диетотерапию с последующим назначением леводопа. Метод особенно показан при отсутствии положительных результатов от реабилитации после операции различными средствами. Предварительно оценивают состояние симпатoadренальной системы и составляют адренограмму для индивидуального подбора дозы препарата на нормализацию функции указанной системы.

Разгрузочная диетотерапия включает три периода:

1-й период — подготовительный, направлен на психологическую подготовку больной.

2-й период — разгрузочный, состоит в переходе с экзогенного питания на эндогенное. Накануне первого дня голодания больная не ужинает и получает большую дозу сульфата магнезии внутрь. Затем прием пищи прекращается. Питье жидкости не ограничивается, можно использовать минеральную воду, настой шиповника. Ежедневно утром или вечером ставят очистительную клизму или с 3 %-м раствором бикарбоната натрия. В течение всего периода голодания назначают специальный режим.

3-й период — восстановительный, заключается в постепенном переходе с эндогенного питания на экзогенное. Продолжительность его соответствует времени голодания (не менее 10 дней). В этот период запрещается употребление поваренной соли (ее вводят в рацион постепенно, начиная с 1 г в сутки до окончания восстановительного периода), отменяются прогулки, массаж, ванны, клизмы. Во время проведения разгрузочной диетотерапии, как правило, проходят очередные месячные, улучшаются ТФД, в дальнейшем рекомендуется диета с ограничением

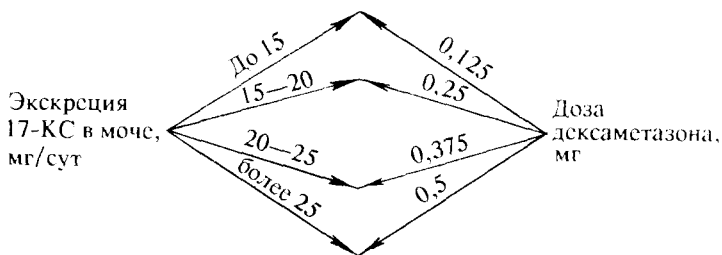


Рис. 2. Схема подбора начальной дозы дексаметазона в зависимости от экскреции 17-КС в моче при лечении вторичных поликистозных яичников на фоне надпочечниковой гиперандрогении.

животных жиров, углеводов, соблюдение режима питания, сна, повышенная двигательная активность. Сразу же после окончания разгрузочной диеты назначают леводопа; доза и время приема препарата зависят от показателей адренограммы, без которой лечение не следует проводить, — от 0,06 до 0,25 г 1—2 раза в день с учетом подъема симпатoadреналовой активности в норме утром (с 8 до 12 ч) и вечером (с 17 до 22 ч). При адреналовых кризах дополнительно применяют анаприлин 20—40 мг, при нор-адреналовых — седуксен (1—2 табл.), при смешанных — допегит (по 1 табл. в период возникновения криза). Восстановление менструальной и репродуктивной функции наступает через 3—4 мес. от начала лечения.

Вторичный поликистоз яичников на фоне надпочечниковой гиперандрогении. Основные лечебные мероприятия сводятся к следующему. Метод выбора терапии — назначение глюкокортикоидов. Цель — нормализация нарушенной функции надпочечников.

Основные правила проведения терапии. Индивидуальный подбор дозы препарата является абсолютно показанным. Наиболее часто используют дексаметазон в дозе 0,25—0,5—0,75 мг/сут. Контролируют лечение с помощью суточной экскреции в моче 17-КС, меноциклограмм, ТФД. Приступая к лечению, следует провести дексаметазоновый тест. Подбор начальной дозы дексаметазона в зависимости от уровня экскреции 17-КС в моче представлен на рис. 2. Длительность терапии определяется ее клинической эффективностью, восстановлением овуляции, уменьшением гирсутизма, частотой наступления беременности. При повышенном содержании тестостерона в крови, но при нормальных уровнях кортизола и 17-КС в моче лечение дексаметазоном не проводят из-за

неспособности индуцировать овуляцию. При сохранении ановуляции, несмотря на прием дексаметазона, показано использование индукторов овуляции в дозе 50—75 мг/сут. в течение 5 дн. Синтетические прогестины допустимо использовать по следующей схеме: 1 табл./день с 16-го по 26-й день менструального цикла на протяжении не более 3 мес. во избежание аменореи, угнетения функции гипофиза, гиперпролактинемии. Лечение гиреутизма проводят аналогично таковому при первичном поликистозе яичников. Операция клиновидной резекции яичников у больных не показана ввиду ее неэффективности.

1.4. ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ

Это сложная нейроэндокринная патология с повышением уровня пролактина (ПРЛ) в плазме крови. Приступая к лечению гиперпролактинемии, следует использовать с целью дифференциального диагноза физиологической гиперпролактинемии от патологической ряд диагностических тестов с агонистами и антагонистами дофамина.

Проба с тиреолиберином (ТРГ). Препарат вводят в/в в дозе от 200 до 500 мкг. *Оценка.* Через 15 мин после введения ТРГ исходный уровень ПРЛ должен удваиваться. При функциональной гиперпролактинемии отмечается незначительное возрастание уровня ПРЛ в крови, при органической — без изменения.

Проба с церукалом (метоклопрамидом). Это агонист дофамина, который вводят по 2 мл/10 мг в/в. Уровень ПРЛ определяют до и через 1—2 ч после введения. *Оценка.* Через 1—2 ч после инъекции уровень ПРЛ должен возрасти в 7—10 раз; при органической природе заболевания (пролактинома) практически не меняется; при функциональной — реакция ослаблена.

Проба с парлоделом. *Показания:* дифференциальный диагноз характера гиперпролактинемии. *Методика:* кровь на ПРЛ исследуют утром натощак до приема парлодела, через 2 часа после его приема (в дозе 5 мг) исследование повторяют. *Оценка.* При функциональной гиперпролактинемии после введения парлодела отмечается снижение уровня ПРЛ почти в 2 раза по сравнению с исходным; при пролактиномах — отсутствует.

Основные принципы лечения гиперпролактинемии. Терапия различных клинических проявлений заболевания должна быть строго этиотропной. Гиперпролактинемия не является обязательным показанием к операции в том случае, если имеется возможность эффективного медикаментозного лечения. Фармакотерапия ингибиторами сек-

реции пролактина (парлодел) как мощный, длительно действующий аналог пролактинингибирующего фактора (ПИФ) является методом выбора и альтернативой хирургическому лечению и лучевой терапии. Лечение парлоделом следует рассматривать как способ восстановления генеративной функции женщины и профилактики гормонально зависимых заболеваний. При органическом генезе заболевания лечение проводят только совместно с нейрохирургами, эндокринологами, окулистами. Выбор метода лечения различных форм симптомокомплекса гиперпролактинемии (гиперпролактинемического гипогонадизма) представлен на рис. 3. Лекарственные препараты как ятрогенная причина нарушения секреции пролактина указаны в табл. 6.

Табл. 6. Ятрогенные причины нарушения секреции пролактина

Вещества, снижающие пролактин в крови	Вещества, повышающие уровень пролактина в крови
Производные спорыньи	L-метилдофа
Фуросемид	D-амфетамины
Глюкокортикоиды	Антигистаминные
L-Дофа	Бензамиды
Литий	Хлорзепид, фенотиазины
	Эстрогены, гестагены
	Ингибиторы моноаминоксидазы
	Опиаты
	Тиоксантинны
	Производные раувольфии
	Трициклические антидепрессанты

Лечение отдельных форм гиперпролактинемии

Функциональная гиперпролактинемия. Для терапии используют лекарственные и немедикаментозные воздействия. Фармакотерапия. Применение парлодела является терапией выбора указанного контингента больных. Проведение ее требует строгого соблюдения определенных правил. До лечения необходимо исключить симптоматические, идиопатические формы гиперпролактинемического гипогонадизма (см. рис. 3). При наличии макроаденомы у планирующих восстановление фертильности больных до лечения парлоделом должно быть проведено облучение или оперативное удаление аденомы гипофиза. Абсолютные противопоказания к парлоделу не выявлены.

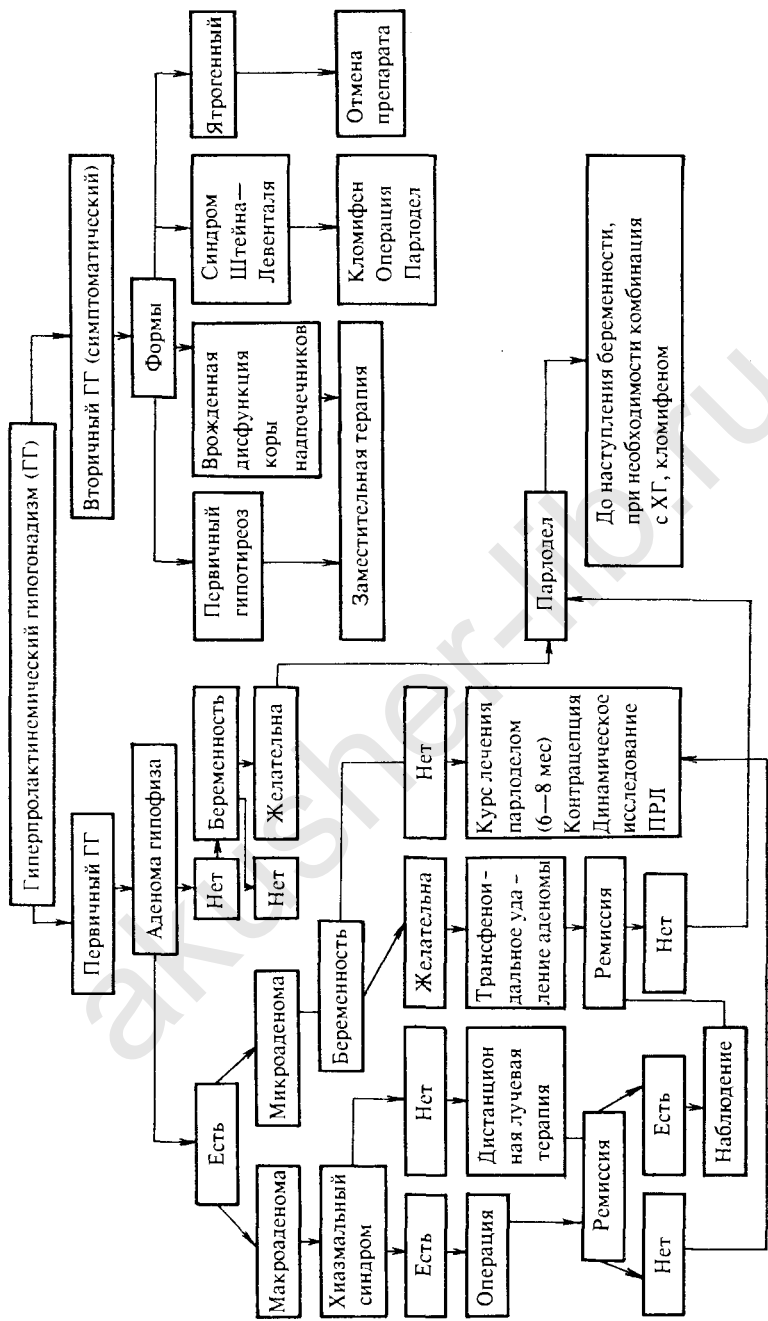


Рис. 3. Схема выбора метода лечения гиперпролактинемического гипогонадизма.

Побочные явления минимальны. Осторожно применяют при гипотонии. Обязательным является не только определение уровня ПРЛ в крови, но и контроль базальной температуры, других ТФД, а также проведение радиологических методов исследования — для диагностики изменений костной структуры турецкого седла.

Если лечение продолжается более 6 мес., необходим систематический контроль изменений в крови (не реже 1 раза в 4—8 нед.). Дозу парлодела подбирают строго индивидуально в течение 6 мес. подряд, ориентируясь на тесты контроля. Начинают с минимальных доз (1,25—2,5 мг/сут.). При проведении терапии оптимальная доза парлодела для больных с регулярным ритмом менструаций составляет 2,5—5 мг/сут., при олигоменорее — 5 мг/сут., при аменорее — 7,5 мг/сут. (реже — 20 мг/сут.). Прием препарата продолжают до наступления беременности (при этом больные должны быть проинструктированы о необходимости отмены препарата при подозрении на наступление беременности). В тех случаях, когда беременность не планируется, терапию продолжают до нормализации уровня ПРЛ, восстановления двухфазного менструального цикла и исчезновения галактореи. Вопрос о возможности беременности у больных с макро- и микроаденомами гипофиза и гиперпролактинемией решается коллегиально акушерами, эндокринологами, нейрохирургами с учетом индивидуальных особенностей больных. В период беременности, индуцированной парлоделом, женщина должна систематически наблюдаться у окулиста и невропатолога (установление роста аденомы). При размере микроаденомы гипофиза менее 7 мм беременность протекает благоприятно, даже если до нее больная не получала парлодел или не проводилось другое лечение. Если же во время беременности выявляются признаки роста аденомы, возможно применение парлодела с целью профилактики роста опухоли. Препарат противопоказан в I-м триместре беременности. В тех случаях, когда беременность не планируется или же противопоказана нейрохирургическая операция, рекомендуется длительно, годами, при контроле ПРЛ в крови, продолжать прием парлодела, избегая при этом беременности. Общая продолжительность непрерывного лечения должна составлять 6—14 мес. При возникновении рецидива показано проведение повторного курса лечения. Суточная доза препарата у больных с макроаденомами может быть увеличена до 20—40 мг.

Допустимые комбинации: при недостаточном эффекте парлодела (сохранение ановуляции или укорочение лютеиновой фазы на фоне нормального уровня ПРЛ)

рекомендуют парлодел дополнять кломифеном (с 5-го дня менструального цикла в дозе 50—100 мг/сут. в течение 5—7 дн.) и (или) гонадотропином (хориогонин, профази) — по 1500 ЕД на 15—18-й день цикла. Предупреждение беременности в период лечения парлоделом осуществляют механическими контрацептивами. При появлении побочных действий и осложнений (тошнота, рвота, головокружение, гипотензия) дозу уменьшают или отменяют препарат.

Кроме парлодела возможно использование других препаратов, снижающих уровень пролактина в крови: камфора тертая — по 0,1 г 3 раза в день внутрь или 20 %-й р-р (по 2 мл п/к 2 раза в день); сульфокамфорин — по 2 мл 10 % р-ра 2—3 раза в сутки п/к, в/м или в/в (высшая суточная доза 12 мл); бромкамфора — по 0,25—0,5 г 2—3 раза внутрь длительно. Из витаминов используют пиридоксин — по 200 мг 3 раза в день не менее 6 дн.; токоферола ацетат — по 50 мкг через день в/м внутрь в течение 20 дн. Мексамин назначают с целью ингибирования функции эпифиза — по 0,05 г внутрь 3 раза от 2 до 7 дн.; перитол (как антигистаминное средство) — по 12 мг/сут. или по 10 мл сиропа внутрь 3 раза в день. Препарат слабо подавляет лактацию, не восстанавливает менструальный цикл. Суточная доза L-Дофа 1,5—2,0 г (по 2 табл. 3 раза в день), курс лечения 2—3 мес. Дespo-калликреин вводят в/м по 40 ЕД через день, курс лечения 10 инъекций. При использовании циклической гормональной терапии длительность ее должна быть не менее четырех условных циклов. Эстрогены сочетают с андрогенами по схеме: 0,1 %-й р-р эстрадиола дипропионата в/м по 1 мл в одном шприце с 5 %-м р-ром тестостерона пропионата по 1 мл в течение 6—12 дн. Хлортрианизен (синтетический эстроген) назначают внутрь по 72 мг в течение 6—8 дн. курсами с интервалами в 3 нед. Всего проводят 3—4 курса.

Немедикаментозное лечение. Из аппаратной физиотерапии показаны: эндоназальный электрофорез с 6 %-м р-ром витамина В₁ (10—12 дн.); гальванический воротник (по А. Е. Щербаку); трансцерсбральная ионизация. Из нетрадиционных методов для снижения уровня ПРЛ в крови используют лазерпунктуру ГНЛ (длина волны 0,63 мкм, плотность мощности 30—75 мВт/см²). Лучом гелий-неонового лазера воздействуют через световод в течение 10—15 с на ТА: G14, MC5, MC6, MC7, E36, J12 (от 7 до 18 дн. ежедневно). В результате снижается ПРЛ, неспецифическая иммунорегуляторная активность гипоталамо-гипофизарной системы, улучшается биоэлектрическая активность головного мозга.

Фитотерапия. Показана в комплексном лечении или на этапе реабилитации. *Сбор 1.* Ореха грецкого лист — 20,0, хмеля цветок — 40,0, шалфея лист — 40,0; 1 ч. ложку сбора заливают 200 мл кипятка, кипятят 5 мин. Принимают по 1 стакану настоя (200 мл) 2—3 раза в день для снижения и подавления лактации.

Микропролактиномы. Тактика ведения больных определяется необходимостью восстановления фертильности. **Фармакотерапия.** Осуществляется дифференцированно. Если женщина не заинтересована в беременности — показано длительное (6—8 мес. — годы) лечение парлоделом (до 7,5 мг/сут.) с динамическим контролем ПРЛ в крови и контрацепцией. Для восстановления фертильности показано сочетание парлодела, кломифена, гонадотропинов (см. *ДМК. Эндокринное бесплодие*). Парлодел назначают по 1,25 мг 2—3 раза в день во время еды. В дальнейшем дозу постепенно увеличивают до 2,5 мг 2—3 раза в день, при акромегалии — до 10—12,5 мг/сут. Максимальная продолжительность непрерывного лечения составляет 12—15 мес. Препарат отменяют с наступлением беременности.

Хирургическое лечение. Выполняют в виде микрохирургического вмешательства трансназально-трансфеноидальным доступом, что позволяет восстановить фертильность вследствие сохранения интактной ткани гипофиза, способствует выздоровлению больной.

Макропролактиномы. Выбор метода лечения определяется морфофункциональными особенностями опухоли и желанием женщины иметь детей. Цель лечения состоит в уменьшении объема аденомы гипофиза, подавлении активности опухоли, снижении высокого уровня пролактина в крови. *Выбор метода терапии:* 1) быстро прогрессирующая угроза зрению (быстрый рост аденомы или возможное кровоизлияние в опухоль) — необходимо нейрохирургическое вмешательство; 2) неоперабельность больной или отсутствие быстрого роста макропролактиномы — фармакотерапия в условиях стационара. Далее возможны два варианта. Если по данным компьютерной томографии отмечается быстрое сморщивание опухоли — возможно продолжение лечения амбулаторно или проводят при возможности трансфеноидальное вмешательство.

План лечения больных с макропролактиномами определяется совместно с нейрохирургом и эндокринологом.

Фармакотерапия. Назначают парлодел (10 мг/сут.) длительно, в течение нескольких лет.

Немедикаментозное лечение. Дистанционная лучевая терапия показана при отсутствии хиазмального синдрома (изменение полей зрения). Носит чаще паллиативный характер. Способы: рентгенотерапия — проводится из расчета 1,548—2,064 Кл/кг массы больной; телегамматерапия — 45—50 Гр; использование «протонового пучка» — введение I^{90} в гипофиз. После лучевой терапии не наблюдается гипоталамо-гипофизарной недостаточности. При желании женщины иметь беременность проведение предшествующего лучевого лечения препятствует росту опухоли во время беременности.

Хирургическое лечение. Удаление опухоли направлено на оптимизацию течения последующей беременности (в случае ее необходимости). *Показания:* 1) сохранение фертильности; 2) отсутствие эффекта от лучевой терапии или парлодела; 3) высокие концентрации (более 250 нг/мл) пролактина в крови; 4) наличие хиазмального синдрома и угроза потери зрения больной; 5) повышение ликворного давления в сочетании с увеличением содержания в ликворе белка. Основные недостатки операции заключаются в отсутствии восстановления после нее менструальной функции и развитии гипоталамо-гипофизарной недостаточности.

В клинической практике также применяют *комбинированное лечение*, когда агонисты дофамина (парлодел) являются этапом предоперационной подготовки или последующей послеоперационной реабилитации.

Вторичный гиперпролактинемический гипогонадизм (симптоматические формы). При первичном гипотиреозе и сопутствующей галакторее показана заместительная терапия тиреоидными гормонами: тиреоксомб (трийодтиронин — 10 мкг + тироксин 70 мкг + йодид калия 150 мкг) по 1—1,5 табл. в день или комбинацией 100—150 мг тиреоидина с 20—40 мкг трийодтиронина. После такого лечения достигается эутиреоидное состояние щитовидной железы, исчезает галакторея, нормализуется менструальный цикл, идет восстановление фертильности. При врожденной дисфункции коры надпочечников применяют сочетание парлодела с глюкокортикоидами (см. *Синдром дисфункции коры надпочечников*). Сочетанное использование препаратов позволяет нормализовать менструальную функцию, устранить галакторею. Методика лечения гиперпролактинемии при первичных поликистозных яичниках (синдром Штейна—Левенталя) изложена в соответствующем разделе.

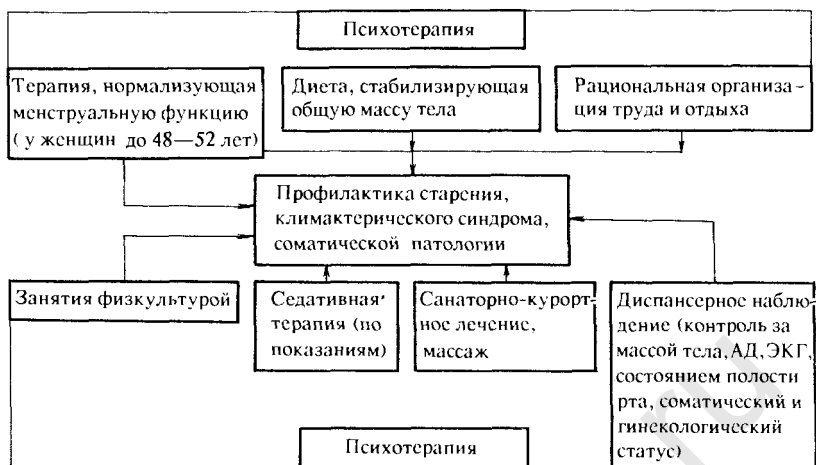


Рис. 4. Схема лечебных мероприятий при наступлении климактерического периода у женщины.

1.5. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Это своеобразный симптомокомплекс, возникающий у отдельных женщин, осложняющий естественное течение климактерия, сопровождающийся вазомоторными, обменно-эндокринными и нейропсихическими нарушениями.

Показания к терапии: 1) средняя степень тяжести климактерического синдрома (КС); 2) тяжелые формы КС; 3) легкие формы заболевания при условиях, определяемых в процессе динамического наблюдения больных. *Принципы лечения:* индивидуальный подход к выбору метода лечения, выбор рациональной последовательности лечебных воздействий, минимальное использование лекарственных средств, комплексность и этапность проведения терапии. Весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, производимых в климактерическом периоде, представлен на рис. 4. Лечение женщин с типичной и атипичной формами КС иллюстрирует табл. 7.

Табл. 7. Этапное лечение климактерического синдрома

Этап лечения		
первый	второй	третий
Немедикаментозная терапия	Медикаментозная негормональная терапия	Гормональная терапия

1-й этап. Фармакотерапия. Основные компоненты комплекса лечебного воздействия данного этапа следующие.

Психотерапия. Это один из основных методов лечения. Она охватывает вопросы, касающиеся характера возрастных изменений в организме и половой системе. Основные виды используемой психотерапии: индивидуальные беседы врача с больной, аутогенная тренировка.

Оздоровительное лечение. Включает в себя: 1) режим труда, отдыха, достаточный сон, прогулки перед сном; 2) утреннюю гимнастику, лечебную гимнастику 2—3 раза в неделю по 40—45 мин в группах здоровья; 3) общий массаж и диетотерапию. *Основные принципы диетотерапии:* соблюдение режима питания, рациональный выбор пищевых продуктов, разгрузочные дни 1—2 раза в неделю, правильно подобранная калорийность пищи. Рекомендуется ограничение потребления поваренной соли, сахара, хлеба, мучных продуктов, экстрактивных веществ.

В и т а м и н о т е р а п и я. *Витамин А* назначают при мастопатии, гиперэстрогении, миоме матки, сухости кожи в виде ретинола ацетата по 10—15 капель на сахар или хлеб 2—3 раза в день в течение 15—20 дней с перерывом в 10—15 дней. При положительном эффекте лечение можно продлить до года. *Цитраль* используют в виде 1 %-го спиртового р-ра по 10—15 капель 1—3 раза в день в течение 2—4 нед. При хороших результатах применяют прерывистые курсы (1—2 мес.) с интервалом в 2—3 мес. *Витамины Е* применяют в дозах 20—30—100—200 мг (максимум 300 мг) в день в течение 2 нед., всего используют 4—5 курсов в году; *комплексные препараты* (декамевит, ундевит, олиговит и др.) — по 2 драже 3 раза в день в течение 20—30 дней, повторные курсы проводят через 1—3 мес.; *климактерин* — по 1 драже 2—3 раза в день в течение 1—2 мес.

Седативная терапия. Растительные седативные вещества — отвар корня валерианы, пустырника назначают по 2—3 ст. ложки в день; драже валерианы — до 4—6 раз в день; настойки их — по 25—30 капель 3 раза в день; настойку пиона — по 30—40 капель — 1 ч. ложка 3 раза в день в течение 30 дн. Возможно использование сложных микстур: микстура Маркова — бромид натрия 2 %-й р-р — 200 г, настойка валерианы — 8,0, антипирин — 4,0, мединал — 3,0 г (по 1 ст. ложке 3 раза в день или на ночь); микстура Кватера — настой корня валерианы из 10,0—200,0 г, экстракт листьев мяты — 4,0, бромид натрия — 3,0, сульфат магнезии — 0,8, амидопирин (антипирин) — 0,6, кофеин-бензоат натрия — 0,4 г (по 1 ст. ложке 3—4

раза в день). Общая длительность седативной терапии составляет 3—4 недели, всего проводят 5—6 курсов лечения с месячными интервалами. Допустимо использование бромидов в виде бромизовала — по 0,3—0,6 г 2 раза в день; бромкамфоры — по 0,25—0,5 г 2—3 раза в день.

В случае отсутствия эффекта при всех формах патологического климакса показаны *препараты спорыньи* (белламинал, белласпон, беллоид, ленбирен) по 1 табл. или драже от 2 до 6 раз в день в течение 7 дн. с последующим перерывом в 3—4 дня. При отсутствии (недостаточном эффекте) в дальнейшем назначают малые транквилизаторы (грандаксин, нозепам, мезапам, тазепам, рудотель, мебикар, сигнопам, феназепам) по 1/3—1/2—1 табл. перед сном. Целесообразно сочетание в первой половине дня вышеуказанных препаратов с вечерним приемом минидоз производных бензодиазепина. При сопутствующей кардиалгии назначают корвалол по 25—30 капель до 3 раз в день, при головной боли — парацетамол, цитрамон, анальгин и др. *Принципы лечения транквилизаторами:* применять не более 1—2 мес.; всего за год до 6—8 курсов; дозы минимально эффективные; выбор препарата определяется ранее использованными веществами и их индивидуальной эффективностью; показанием к повторному курсу лечения служит рецидив заболевания.

Большие нейролептики показаны при КС с выраженной неврологической симптоматикой. Принципы лечения: основные препараты — производные фенотиазина (френолон, этаперазин, метеразин, трифтазин); лечебные дозы — минимальные (2—15 мг/сут.), так как оказывают активизирующее, гипертимическое действие на ЦНС; длительность терапии (4—12 нед.) до получения терапевтического эффекта, затем прием препарата постепенно прекращают; среднесуточные и курсовые дозы представлены в табл. 8.

Табл. 8. Среднесуточные и курсовые дозы больших нейролептиков при климактерическом синдроме

Препарат	Доза, мг	
	суточная	курсовая
Френолон	2—5	56—240
Этаперазин	2—8	200—800
Метеразин	5—15	300—1500
Трифтазин	2—5	150—400

При сочетании КС с гипоталамическими нарушениями, гипертензивным синдромом показан *резерпин*. Схема:

начальная доза 0,1—0,125 мг 2—3 раза в день, при отсутствии эффекта постепенно повышают дозу до 0,25 мг 3 раза в день. Целесообразно сочетание резерпина с диуретиками (буфенокс, бринальдикс, тиазиды) на фоне приема калия.

Немедикаментозная терапия. Включает в себя следующие виды воздействий.

Аппаратная физиотерапия (АФТ). Перед ее проведением необходимо учитывать: преморбидный фон, возраст пациентки, характер нарушений менструальной функции и возраст их начала; предшествующую терапию и ее эффективность; функциональное состояние репродуктивной системы; реакцию организма и половой системы на лечение начиная с первых дней его проведения; динамику изменений общего состояния, влияние лечения на патологические процессы, репродуктивную систему; наличие поллиноза, переносимость лечебных воздействий. Основные виды АФТ при КС: гальванизация шейно-лицевой области; анодическая гальванизация головного мозга; электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев; сочетанный эндоназальный электрофорез 10 %-го р-ра сульфата магния и 5 %-го р-ра карбоната лития или 5 %-го р-ра карбоната лития + 1 %-й р-р амитриптилина + 10 %-й р-р натрия бромид или 10 %-го р-ра натрия бромид + 10 %-й р-р ГОМК + +10 %-й р-р сульфата магния; дарсонвализация области «воротника» (2—3 курса с интервалами в 2—3 мес.); электрофорез 10 %-го р-ра сульфата магния общий (по С. В. Вермею) или в область «воротника».

Центральная электроанальгезия (ЦЭА). Проводят аппаратом «Лэнар», «Электронаркон». Расположение электродов фронтотастоидальное. Количество процедур: легкая форма — 7—8, среднетяжелая форма — 10—12. При отсутствии эффекта (частичный) ЦЭА после 8—9-го сеанса дополняют микродозами СПП (бисекурин, ригевидон) — по 1/5—1/8 табл./день в течение 4 недель. В дальнейшем частота курсов СПП определяется клинической симптоматикой. Возможные варианты этапной физиотерапии показаны в табл. 9.

Иглорефлексотерапия. Используют как монотерапию или в сочетании с другими воздействиями. Проводят 3 курса лечения по 10—12 ежедневно в каждом. Интервал между ними 10—12 дней (1—2-й курс), 1 мес. (2—3-й курс). Основные ТА: J6, MС6, РР6, Т14, MС7, ГП1, Е36, Е44. Дополнительные ТА определяются клинической симптоматикой. При вегетососудистых нарушениях и тахикардии воздействуют на MС6, MС7, С5, С7, РР6,

Табл. 9. Дифференцированная физиотерапия климактерического синдрома

Этап лечения	Показания	
	начальная стадия КС	сочетание КС с гипертонической болезнью, атеросклерозом, дисметаболическим синдромом
I	Дарсонвализация области «воротника»	Гальванизация шейно-лицевой области, электрофорез новокаина в область верхних шейных симпатических ганглиев + + ручной массаж зоны «воротника»
II	Электрофорез магния области «воротника»; сочетанный эндоназальный электрофорез магния и лития	Общий электрофорез магния (по С. Б. Вермелю); общая дарсонвализация

ГЛ1; при гипергидрозе — на R7, IG3, G14; при депрессии — на T20, V15, V16 методом тонизации; при астении показан тонизирующий метод с воздействием на E36, IG3, C9, VB34, T4, T13, T16; при бессоннице применяют тормозное воздействие на T20, MC6, MC7, V15, V60, RP5, TR10, TR17. Профилактическую акупунктуру проводят один раз в месяц в ТА MC6, RP6.

Ф и т о т е р а п и я. Наиболее часто используют следующие сборы. *Сбор 1.* Календулы цветок — 2 г, фиалки трехцветной трава — 2, крушины кора — 3, бузины черной цветок — 3, солодки корень — 3 г; 4 ст. ложки смеси заливают 1 л кипятка и настаивают 30 мин. Принимают по 200 мл глотками утром и вечером. *Сбор 2.* Чистотела трава — 1 г, тысячелистника трава — 1, ромашки цветок — 1, лапчатки гусиной трава — 1 г; 1 ст. ложку смеси заливают 200 мл кипятка. Принимают по 200 мл настоя 2 раза в день. *Сбор 3.* Мята перечной трава — 1 г, полыни трава — 1, фенхеля плод — 2, крушины кора — 3 г; 1 ст. ложку смеси заливают 200 мл кипятка и настаивают 20 мин. Принимают по 200 мл утром и вечером. *Сбор 4.* Боярышника цветок — 4 г, зверобоя трава — 2, календулы цветок — 2, крушины кора — 4, пустырника трава — 5, ромашки цветок — 2, сушеницы трава — 3, тысячелистника трава — 1, шалфея трава — 2, шиповника плод — 3, хмеля соплодия — 1, фенхеля плод — 1 г; 2 ст. ложки смеси заливают 1 л кипятка, кипятят в течение 1 мин, настаивают 20 мин, процеживают. Принимают по 50—100 мл 3 раза в день курсами по 2 мес. с 10-дневными интервалами. *Сбор 5.* Валерианы корень — 3 г, мяты перечной трава — 3, ромашки цветок — 4; 2 ст. ложки смеси заливают 400 мл кипятка, кипятят 3 мин. Принимают по 200 мл отвара 2 раза в день.

Аэротерапия (лечение воздухом). Проводят в нескольких вариантах: ходьба на свежем воздухе с возрастающей продолжительностью и нагрузкой (прогулки); дозированные бег (терренкур); световоздушные ванны при температуре воздуха не ниже 18° С и скорости ветра не более 5 м/с при все возрастающей продолжительности.

Гелиотерапия (лечение солнцем). Прежде всего следует строго учитывать противопоказания (заболевания сердечно-сосудистой системы, тиреотоксикоз и др.). Начальные дозы 5—7 мин, постепенно их доводят до 45—60 мин; время проведения — утренние и вечерние часы.

Бальнеотерапия и санаторно-курортное лечение. Место проведения: домашние условия, местные физиоводолечебницы, санатории и профилактории привычной климатической зоны или направление на Южный берег Крыма. Основные разновидности: обливание; обмывание; душ; ванны (хвойные, шалфейные, валериановые, горячие ножные, жемчужные, углекислотные, кислородные, пенные, радоновые, йодобромные); влагалитные орошения минеральными и радоновыми водами. Рекомендуются курорт Гагра, Цхалтубо (не в жаркое время года), Прибалтика (летом).

Немедикаментозная терапия (с учетом вида и тяжести имеющихся нарушений).

1. *Преобладание вегетососудистых изменений.* Легкая форма КС. Наиболее часто используют следующие воздействия: аэротерапию и гидротерапию (обливания, обмывания, дождевой душ, ванны в домашних условиях — хвойные, шалфейные, контрастные ножные); при стенокардии — горячие ручные ванны; при неэффективности — веерный и циркулярный душ, струевой или шотландский при ожирении. Бальнеотерапия: ванны углекислотные, жемчужные, кислородные, пенные, радоновые, йодобромные (при миоме матки, эндометриозе, мастопатии, тиреотоксикозе). Из АФТ — анодическая гальванизация головного мозга, гальванизация шейно-лицевой области, двухэтапная схема АФТ КС, ИРТ как монотерапия или в сочетании с фармакологическими влияниями локально в ТА с использованием димедрола, анальгина.

Средняя степень тяжести КС. Показаны углекислотные (атеросклероз) и радоновые (гипертиреоз) ванны; ЦЭА или электросон через 10 %-й р-р ГОМК; при невозможности — анодическая гальванизация головного мозга и (или) гальванизация шейно-лицевой области; электрофорез новокаина в область верхних шейных симпатических узлов; классический ручной массаж области «воротника»; санаторно-курортное лечение.

Тяжелая форма КС. Показаны в комплексе лечения аэротерапия, гидротерапия, классический ручной массаж области «воротника».

2. *Преобладание эмоционально-невротических расстройств.* Наиболее показаны аэро- и гидротерапия; аэроионо- или гидроаэроионотерапия; общая франклинизация; ЦЭА, электросон; гальванизация (анодическая, эндоназальная, «воротниковой» зоны); спустя 6—8 нед. используют курс общего электрофореза кальция (по С. Б. Вермелю), бальнеотерапию (жемчужные, кислородные, пенные, азотные, радоновые ванны), санаторно-курортное лечение.

2-й этап. Негормональная фармакотерапия. Цель — нормализация функционального состояния ЦНС и вегетативной нервной системы. Проводят дифференцированно с учетом преобладания тех или иных отделов вегетативной нервной системы.

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

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

(гаммалон) используют по 0,5—2,0 г/сут.; от 2 нед. до 4 мес.).

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

3-й этап. Гормональная терапия. Показания — отсутствие полного эффекта от проведенного негормонального лечения. Гормональная терапия при КС должна быть направлена на восстановление возрастного гормонального гомеостаза. Преследуемые при этом задачи: нормализация в соответствии с возрастом функции системы репродукции; улучшение деятельности функциональных систем, сопряженно связанных с влиянием на них половых гормонов.

Основные требования к гормональному лечению КС: 1) патогенетическая обоснованность его проведения с учетом формы и фазы климактерия и особенностей клинического течения; 2) тщательный дифференциальный диагноз; 3) строгий учет преморбидного фона, возраста больной, функционального состояния системы репродукции, ее реакции на осуществляемую терапию, показаний и противопоказаний группы и каждого препарата, дозы и вида выбранного препарата, длительности проведения гормонального лечения; 4) максимальная онкологическая настороженность.

Цель гормонотерапии: восстановление нарушенной менструальной функции; подавление менструальной функции; ликвидация клинических проявлений климактерического синдрома. Следует отдельно рассматривать гормональную терапию в пременопаузе и постменопаузе.

Гормональная терапия в пременопаузе. Цель — восстановление в данном возрастном периоде менструального цикла за счет стимуляции гормональной функции яичников.

Основные применяемые препараты: *гестагены* — назначают в период задержки менструаций. *Норколут* используют в дозе 2,5—5 мг ежедневно внутрь через 20—30 мин после еды. Вместо него возможно применение *ацетомепрогенола* — по 0,25—0,5 мг/сут. или *туринала* (аллилэстрон) — по 10 мг/сут., *прегнина* — по 30 мг/сут. или *прогестерона* — по 1 мл 1 %-го р-ра в/м. Назначают препараты при положительном феномене «зрачка» ++

и +++ на 18—20-й день создаваемого цикла в течение 6—8 дн. Менструальноподобная реакция наступит на 3—5-й день после приема последней дозы гестагена. Такие курсы лечения проводят до прекращения менструальноподобной реакции (6—18 мес.). При сохраняющейся гиперэстрогении (положительный феномен «зрачка» и симптом натяжения слизи 3—6 см) следует направить больную на дообследование для выяснения причины.

Варианты дальнейшего лечения: женщинам старше 47—48 лет показаны режим труда, отдыха, седативные средства; 40—46 лет — назначают следующие гормональные препараты.

Гестагены применяют в указанных дозах (2—3 цикла) с последующим перерывом. Это способствует временному (2—6 мес.) восстановлению регулярной менструальной функции. В случаях рецидива лечение повторяют в течение 1—2 лет прерывистыми курсами. Если в этот период не возникают противопоказания или отсутствует менструальноподобная реакция на прогестерон, в комплекс лечения включают эстрогены.

Комбинация эстрогенов и гестагенов наиболее показана молодым женщинам в начале пременопаузы при опсо- и гипоменорее. На 14—18-й день создаваемого цикла назначают по 1 мл 0,1 %-го р-ра эстрадиола дипропионата. Если на 20—22-й день создаваемого цикла появляются признаки достаточной эстрогенизации (феномен «зрачка» — ++ или +++, симптом натяжения слизи 3—5 см), показаны гестагены в обычных дозировках (см. выше) в течение 6—8 дн. Следует ожидать менструальноподобной реакции. В случае ее появления проводят 2—3 цикла лечения. В каждом последующем цикле допустимо сокращение количества инъекций эстрогенов с 5 до 1—2. Перерывы между циклами 1—3 мес. Обычно курсы вышеописанного восстановительного лечения рекомендуется проводить 2—3 раза в год.

Синтетические прогестины (СПП) или оральные контрацептивы назначают женщинам не старше 50—52 лет, не имеющим противопоказаний. Наиболее оптимальный возраст пременопаузы для указанного лечения — 40—48 лет, особенно при гипофункции яичников (задержки месячных сменяются обильными или скудными менструациями). Методика лечения СПП идентична лечению «чистым» гестагеном, но более эффективна. Общая длительность терапии до 12—18 мес.

Основные условия для терапии СПП при климактерическом синдроме: учет противопоказаний, проведение гистеросальпингографии (исключение опухолей), иссле-

дование гемостазиограммы. Целесообразно сочетание СПП в микродозах с ЦЭА.

Гормональная терапия в постменопаузе. Цель — сохранение возрастного гомеостаза путем заместительной терапии. Методы лечения: микродозы эстрогенов (1/8—1/10 табл.) назначают 2—3 раза в день ежедневно в течение 15—25 дн. (стойкое клиническое улучшение). Лечение курсовое, прерывистое в течение 1—2 лет.

Основные применяемые препараты: *премарин* (конъюгированный эстроген). Продолжительность курса 3 недели. Первоначально дозу подбирают индивидуально: при тяжелом течении заболевания начинают с 2,5 мг/сут. в течение 3—5 дн., затем дозу постепенно уменьшают, к концу 3-й недели она должна составлять 0,3 мг. Всего проводят 3—4 курса подряд с постепенно возрастающими интервалами (минимальный — 7—10 дн.). Исходная доза препарата в каждом последующем курсе снижается до 2,5 мг/сут., 1,25 мг/сут., 0,3 мг/сут. Таким образом, удлиняя интервалы между курсами и уменьшая дозу, в итоге за год проводят лечение 2 раза (весной и осенью);

СПП — пробный курс показан при отсутствии эффекта от микродоз эстрогенов с учетом общепринятых противопоказаний. Назначают по 1/6—1/8 табл. ежедневно в течение 15—25 дн.;

гестагены — прегнин используют по 20 мг/сут. под язык в течение 8—10 дн. (всего 3—4 цикла) или по 20 мг/сут. в течение 15—20 дн.; норколут — по 1/4—1/5 табл. 1 раз в день в течение 12—20 дн. (всего 3—8 циклов); *туринал* — по 5—10 мг/сут. в течение 10—20 дн.; *прогестерон* — вводят 1 %-й р-р по 1 мл в течение 6—8 дн. (курс). Повторение курсов не ранее чем через 3—6 нед. (всего 2—3 курса);

андрогены — для подавления гонадотропной функции гипофиза, стимуляции обменных процессов в организме. Основные препараты: тестостерона пропионат — по 150—300 мг на курс лечения в течение первого месяца (по 10—25 мг в/м через 1—2 дня); метилтестостерон — по 0,01—0,005 г сублингвально 2 раза в день в течение 30—60 дн.; метиландростендиол — по 25—50 мг под язык, с постепенным снижением дозы (12,5 мг через день), всего курс лечения занимает 4 мес. Тестобромлестин используют под язык по 1—2 табл. 3 раза в день, затем по 1 табл. 2—3 раза в день, курс лечения 1—2 мес., при необходимости спустя 3—4 мес. лечение повторяют. При остеопорозе проводят соответствующее лечение (см. *Остеопороз*).

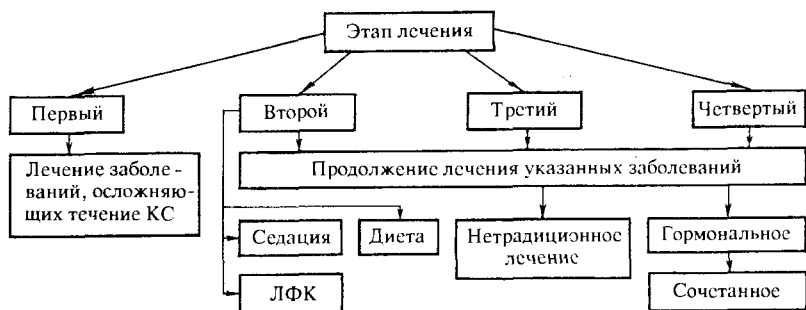


Рис. 5. Схема этапного лечения сочетанной формы климактерического синдрома.

Общие принципы лечения сочетанной формы КС представлены на рис. 5.

1.6. НЕЙРООБМЕННО-ЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ, ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Эта сложная патология может быть связана и не связана с беременностью. Терапия нейрообменно-эндокринного синдрома (НЭС) — сложный и длительный процесс, носящий этапный характер. В его проведении участвуют акушер-гинеколог, эндокринолог, терапевт, окулист, невропатолог и другие специалисты. Цель, задачи лечения принципиально не отличаются от таковых при синдроме поликистозных яичников на фоне нейроэндокринного синдрома. Тем не менее проблему лечения следует рассматривать более широко с учетом сложности этиопатогенеза и патофизиологии заболевания.

Лечение НЭС включает в себя выполнение следующих рекомендаций с учетом цели терапии и поставленных задач — режим труда, отдыха, питания. Режим необходимо строго соблюдать не менее 4—10 мес. после первого посещения больной врача. Основные рекомендации по режиму: рациональная психотерапия — о необходимости выполнения советов врача, цели лечения; недопустимость умственных и физических перегрузок, занятия спортом, физкультурой, участие в группах здоровья; соблюдение достаточного (не менее 8 ч) сна (седативная терапия по показаниям); запрещение голодания с лечебной целью (опасность усугубить гипергликемию); соблюдение сбалансированной диеты. Общее количество калорий — не более 1200—1800, 5—6-разовое питание в день, замена

животных жиров растительными, ограничение быстровсасывающихся сахаров и инсулиногенных веществ (сахар, варенье, мед, мучные изделия), питание — в основном молочно-фруктово-овощное (для покрытия необходимой калорийности), индивидуально подобранные разгрузочные дни (1—3 раза в неделю); нормализация функции желудочно-кишечного тракта.

Фармакотерапия. Проводят одновременно с диетическими и режимными мероприятиями (табл. 10).

При лечении НЭС на протяжении 2 мес. назначают: калийсберегающий диуретик верошпирон (75—100 мг/сут.), средства подавления аппетита (дезопимон, фепранон), при сопутствующем сахарном диабете — адебит (по 100—150 мг/сут. в течение 30—40 дн.). Регуляторы нейромедиаторного обмена (хлоракон, дифенин) наиболее показаны при явлениях гиперкортицизма. Витамин В₆ применяют в виде 6 %-го р-ра по 1 мл в/м в течение 20 дн., витамин Е — 5 %, 10 %, 30 %-го р-ра по 1 мл в/м в течение 20 дн. Обязательным компонентом лечебных схем являются: а) коррекция сопутствующих обменных нарушений (лечение гипотиреоза, липотропные, гиполипопропротеинемические и гипохолестеринемические вещества); б) улучшение функции печени и поджелудочной железы (ливомин по 2—3 табл. 3—4 раза в день, лиобил по 1—3 табл. 3 раза в день, меркензим по 2 табл. в день, эссенциале (липостабил) по 5 мл в/в в течение 5 дн., затем по 2 капсулы 3 раза в день в течение 3 мес.); в) лечение хронической ановуляции и вторичного поликистоза яичников.

Лечебно-профилактические мероприятия в острый период заболевания проводятся в эндокринологическом стационаре. Длительность пребывания зависит от этиологии, течения болезни, выраженности гипоталамических синдромов и составляет 3—5 нед. После выписки из стационара общая продолжительность временной нетрудоспособности не должна превышать 1,5—2,5 мес.

Немедикаментозное лечение. Из аппаратной физиотерапии широко применяют: эндоназальный электрофорез с 2 %-м р-ром кальция хлорида для повышения тонуса парасимпатической нервной системы или с витамином В₁ — для повышения тонуса симпатической нервной системы; эндоназальный электрофорез с 0,25—0,5 %-м р-ром новокаина (улучшение трофики) или с 0,025—0,05 %-м р-ром димедрола (снижение аллергических реакций); трансорбитальный электрофорез (глазнично-затылочная методика) с 0,5—1 %-м р-ром бромида натрия (воздействие на кору головного мозга); эндона-

Табл. 10. Препараты для фармакотерапии различных гипоталамо-типофизарных заболеваний (синдромов)

Препарат	Средние дозы	Особенности механизма действия	Показания к применению
Оксобутират натрия (ГОМК)	1000—2000 мг в/в	Транквилизация (седация), миорелаксация	Гипоталамические синдромы с вегетосудистыми кризами
Френолон	5 мг (0,03—0,06 г/сут.)	Нейролептик с широким спектром действия	Гипоталамо-вегетативные синдромы, гипоталамические расстройства в период климактерия
Эталеразин	4 мг (24 мг)	То же, аденолитик	То же
Фенамин	0,01 г (0,02 г)	Стимулятор ЦНС, влияет на ствол мозга, гипоталамические центры насыщения	Гипоталамо-вегетативно-висцеральные синдромы с парасимпатическими кризами; гипоталамо-кортикальные синдромы с нарушением сна и бодрствования
Сиднокарб (сиднофен)	5 мг (0,05 г), 5 мг (0,03 г)	Стимулятор ЦНС	То же
Леводопа, L-Дофа	0,25 г (4,0 г)	Предшественник дофамина, конкурент серотонина, стимулятор норадреналина	Гипоталамические синдромы с галактореей
Этиамзол	0,1 г (0,4 г)	Дыхательный аналептик, восстанавливает функцию нейтронов, ингибитор холинэстеразы, стимулятор центров продолговатого мозга, АКТГ гипофиза	Гипоталамо-кортикальные синдромы, гипоталамические нарушения с гипокортицизмом, с гипотензией и дистонией
Дифенин, хлоракон	0,1 г (0,6 г), 0,5 г (2,0 г)	Нейротрансмиттеры, блокаторы секреции АКТГ, противосудорожное действие	Болезнь Иценко—Кушинга, вторичный подкинетоз яичников центрального генеза, НЭС

Анаприлин	0,04 г (0,16 г)	Специфический адреноблокатор	Гипоталамо-вегетативно-висцеральные синдромы с кризами по симпатoadrenalovому типу
Пирроксан	0,015 г (0,18 г)	α -Адреноблокатор	То же
Тегретол (карбамазепин)	0,2 г (0,8 г)	Антидиуретик, оказывает противосудорожное действие	Гипоталамические синдромы с несахарным диабетом
Седуксен (сибазон)	5 мг (20 мг)	Транквилизатор, влияет на ретикулярную формацию	Гипоталамо-вегетативно-висцеральный синдром с кризами по симпатoadrenalovому типу
Пирацетам (ноотропил, аминалон, пикамилон)	0,4 г (2,4 г)	Повышает мозговой метаболизм за счет усиления утилизации	Гипоталамо-кортикальный синдром (посттравматический)
Кломифен	0,05 г (0,1 г)	Влияет на рецепторы к эстрогенам в гипоталамусе, стимулирует выделение гонадотропных гормонов	Синдром галакторей-аменореи, нарушения менструального цикла центрального генеза
Препараты дофаминергического действия, ингибиторы серотонина			
Парлодел	2,5 мг (10—15—30 мг)	Агонист дофамина, подавление ПРЛ, АКТГ, соматотропный гормон	Синдром переструктурирующей галакторей-аменореи, болезнь, синдром Иценко—Кушинга, идиопатические отеки, мастопатия
Лизурид	0,2 мг (1,6 мг)	То же	То же
Метергил	3 мг	Уменьшает концентрацию АКТГ	Болезнь Иценко—Кушинга
Перитол	4 мг (24 мг)	То же	То же

зальный электрофорез с 0,5 %-м р-ром седуксена (при повышении тонуса симпатической нервной системы); битемпоральная (продольная) диатермия головного мозга; облучение кварцем; УВЧ-терапия; ИК-лазер на область «воротника», верхних шейных симпатических ганглиев (длина волны 0,89 мкм, средняя мощность импульса не менее 2 Вт от полупроводникового излучателя аппарата «Узор»). Показано также санаторно-курортное лечение в санаториях нервно-соматического профиля с дифференцированным назначением бальнеопроцедур.

Пубертатно-юношеский диспитуитаризм

Это гипоталамический синдром (ГПС), который встречается преимущественно в молодом возрасте. Цель терапии — нормализовать функцию системы гипоталамус — гипофиз — периферические эндокринные железы.

Основные принципы комплексного лечения: устранение вредных факторов, поддерживающих патологический процесс в межучастном мозге; проведение дегидратационной терапии для ликвидации явной или скрытой внутричерепной гипертензии; назначение курсов рассасывающей и противовоспалительной терапии; улучшение трофики в ЦНС (гипоталамусе); борьба с ожирением; коррекция гормональных нарушений; устранение неврозоподобного состояния и вегетативной дисфункции.

Фармакотерапия. Перечень основных медикаментозных воздействий при ГПС в молодом возрасте указан в табл. 11. Всем больным дают трудовые рекомендации. При данном заболевании противопоказаны: тяжелый физический труд; работа с вынужденной рабочей позой в ночное время, в жарких цехах, при неблагоприятных метеоусловиях, шуме, вибрации, с токсическими веществами, работа, связанная с подъемом на высоту; значительное нервно-психическое напряжение; профессия водителя.

Немедикаментозное лечение. Из АФТ широко используют битемпоральную индуктотермию вихревыми токами высокой частоты (процедуры поочередно справа и слева на теменно-височные поля ежедневно или через день); курс 10—12 сеансов, экспозиция 8—12 мин с возможным повторением курса через месяц. Эффективно применение трансорбитального лекарственного электрофореза с йодистым калием, лидазой, эуфиллином, никотиновой кислотой, гепарином по общепринятой методике. Наиболее показано употребление 5 %-го р-ра ацетилсалициловой кислоты через 15 %-й р-р димексида (прокладки накладывают на веки); курс 10—15 сеансов,

Табл. 11. Клиническая фармакология пубертатно-юношеского диспитуитаризма

Лечение					
дегидратация	рассылающее	улучшение трофики ЦНС	ожирения	коррекция гормональных нарушений	устранение вегетативной дисфункции
1	2	3	4	5	6
<p>Тиосульфат натрия (30 %-й раствор) — по 10 мл в/в ежедневно или через день; всего 10—12 дн.</p> <p>Магnezин сульфат (25 %-й раствор) — по 10 мл в/м, в/в в течение 10—15 дн. или через день</p> <p>Уротропин (40 %-й раствор) — по 10 мл в/в через день; всего 10 инъекций</p> <p>Салуретики — циклами по 3—5 дн.</p>	<p>Бийохинол — по 2 мл в/м через день; 10—15 дн.</p> <p>Биостимуляторы (спленин, взвесь плаценты — препараты выбора); курс 20—30 дн.</p> <p>Йодистый калий — 3 %-й раствор — по 5 мл в/м через день; курс 10—15 инъекций</p> <p>Лидаз — по 0,1 г в/м через день; всего 6—10—15 инъекций</p>	<p>Глютаминová кислота — по 0,5 г 3 раза в день; всего 2—3 мес.</p> <p>Церебролизин — по 1—2 мл в/м в течение 20—40 дн.</p> <p>Пирацетам (20 %-й раствор) — по 5 мл в/в в течение 10—20 дн. или по 0,4 г 3 раза в день внутри в течение 2 мес.</p> <p>Аминалон — по 0,25 г 3 раза в день внутри в течение 1—3 мес.</p>	<p>Диета с разгрузочными днями</p> <p>Адипозин — по 50 мг/сут. в/м в течение 20—30 дн.; при плохой переносимости возможно уменьшение дозы до 25 мг</p> <p>Холин-хлорид (20 %-й раствор) — по 1 ч. ложке 3 раза в день или в/в по 10 мл (1 %-й раствор на глюкозе или физиологическом растворе поваренной соли)</p> <p>Аноректики — бигуаниды при булимии</p>	<p>Не носит ведущего значения</p> <p>Лечение гипотиреоза общепринятыми методами</p> <p>Гормональное лечение задержки полового развития не проводится</p> <p>Циклическая гормонотерапия противопоказана и неэффективна</p> <p>Основное — патогенетическая терапия для нормализации половой функции</p>	<p>Седативные препараты различного происхождения (валериана, пустырник, пассифлора)</p> <p>Транквилизаторы в средних дозах (осторожно при гиперпролактинемии)</p> <p>Гипнотерапия</p> <p>Аутогеипнотика</p> <p>Гипотензивная терапия по показанным (АД более 160/100 мм рт. ст.)</p>

1	2	3	4	5	6
Глицерин — внутри по 30 мл 1 раз в день; всего 7 — 10 дн.	Хлорид каль- ция (0,25 %-й раствор) — п/к от 0,5 мл, уве- личивая дозу ежедневно на 0,5 мл, до 5 мл и уменьшая об- ратно (по <i>Воро-</i> <i>бвеву</i>)	Стугерон (иншаризин) — по 0,025 г 3 раза в день; 1—3 мес. Кавитон — по 5 мг (1—2 табл. 3 раза в день); 2—3 мес.	Апорексигены (дезапимон — по 0,05 г 2 раза в день до еды утром и в обед), в течение 20—30 дней Повышение фи- зической актив- ности (утренняя за- рядка, ходьба, ту- ризм, другие виды спорта)	Запрещение запя- тий отдельными ви- дами спорта (бокс, самбо и другие виды борьбы)	Показаны: мио- тропные веще- ства, салуретики, седативки; при ве- гетативных кри- зах — пиррок- сан. Противопо- казаны: группа раувольфий, α - адреноблокаторы
		Витамины В ₁ и В ₆ — в/м по системе чере- дования в тече- ние 25—30 дней; В ₁₂ — по 200 мкг в/м че- рез день, 10 инъекций; ри- бофлавин, ни- котинная ки- слота, аскорби- новая кислота в среднестера- певтических дозах	Освобождение от занятий физкульту- рой в основной группе, обязательна ЛФК		

экспозиция 10—15 мин. Суперэлектрофорез ацетилсалициловой кислоты целесообразно сочетать с медикаментами.

Курортное лечение показано вне обострения в прохладное время года на бальнеологических курортах с азотно-темпоральными ваннами и на климатических курортах (горы средней высоты) — Нальчик, Пятигорск. Наличие поликистоза яичников не служит противопоказанием для направления на курорт. Нецелесообразны повышенная инсоляция и резкая смена климата.

1.7. ОСТЕОПОРОЗ

Это разрежение и снижение плотности костной ткани, сопровождающееся уменьшением количества костного вещества в единице объема без существенных изменений соотношения органического и минерального компонентов кости. Выделяют остеопороз, соответствующий возрасту и полу («простой») и нехарактерный ему («ускоренный»). Остеопороз считают универсальным признаком старения.

Фармакотерапия. Является основным методом лечения данного состояния. Выделяют следующие аспекты лечения: *патогенетический* — терапия направлена на активацию костеобразования и устранение повышенной резорбции костного вещества; *этиологический* — лечение основного заболевания (гиперпаратиреоз, сахарный диабет, болезнь Иценко — Кушинга, болезни печени, почек, желудочно-кишечного тракта) как причины вторичных форм остеопороза; *симптоматический* — использование диеты, обогащенной белком, витаминами, солями кальция; ортопедическое лечение (иммобилизация); АФТ, ЛФК.

Препараты кальция. Суточное потребление — не менее 1500 мг, поэтому необходимо вводить 500—900 мг кальция в виде солей — глюконата, лактата, карбоната, пангамата, глицерофосфата на фоне молочной диеты. Принимают спустя 6—10 ч после инъекции кальцитрина. При комбинированном лечении препаратами кальция с фторидом натрия необходимо назначать фторид натрия в дозе 50—100 мг/сут. утром и вечером, а общую дозу кальция — днем.

Активные препараты витамина Д. Эргокальциферол (витамин Д₂) и холекальциферол (витамин Д₃) — естественные предшественники активных форм витамина Д. В клинике используют препараты 1-альфа, 25-дигидрокси-холекальциферол (1,25 (ОН)₂Д₃) под названием рокалтрол

или кальцитриол и 1-альфа ОНД₃ — оксидеит. Основное действие — способность повышать уровень кальция в крови, снижать активность остеокластов, уменьшать резорбцию кости. Препараты назначают внутрь в масляном растворе в капсулах и каплях; начальная доза — 2—3 мкг/сут., поддерживающая — 0,25—0,5 мкг/сут.; длительность лечения от 2—3 мес. до 1 года и более. Контроль уровня кальция в крови обязателен один раз в 7—10 дн., а далее — один раз в 1—3 мес. Эргокальциферол назначают осторожно в пожилом возрасте, детям до 16 лет — по 25 000—75 000 МЕ/сут. Видехол (витамин Д₃ + холестерин) применяют по 3000 ЕД/сут. в течение 1,5 мес.

Кальцитонин используют в виде кальцитрина в дозах от 1—5 до 50—100 ЕД лиофилизированного порошка п/к или в/м с интервалом 1—2 дня. Перед началом лечения вводят 1 ЕД кальцитрина. Больным с содержанием кальция менее 2,5 ммоль/л и больным с выраженной кожной реакцией после приема препарата лечение не проводят. Используют непрерывное и курсовое лечение. Наиболее приемлемая доза 2—5 ЕД, курс по 2—3 мес., с аналогичными перерывами. Количество курсов индивидуально (3—5 в сочетании с препаратами кальция). При недостаточной эффективности разовая доза может быть увеличена.

Половые стероидные гормоны (эстрогены). Направлены на профилактику климактерического ангионевроза, задерживают развитие остеопатии (см. *Климактерический синдром*). В период менопаузы для лечения остеопороза применяют как монотерапию конъюгированные эстрогены (премарин, эстриол) в минимальной дозе 0,625 мг/сут. и СПП (циклопрогинол) — предпочтительны. У отдельных больных эффективно сочетание эстрогенов с андрогенами в соотношении 1:20, 1:50 (амбосекс, климарен) и с гестагенами. Анаболические гормоны используют по обычной схеме, из расчета 1 мг/кг массы тела в месяц. Месячную дозу ретаболила вводят в/м одномоментно; нероболила, силаболина — делят на две части и вводят через две недели с учетом длительности действия препаратов. У менструирующих женщин анаболики желательнее вводить в лютеиновую фазу цикла.

Фтористый натрий. Назначают с целью создания умеренного медикаментозного флюороза. Лечение проводят по двум схемам: 1) длительное, непрерывное применение в дозе 20—40 мг 2 раза в день (утро, вечер после еды) в течение 1 года и более; 2) прерывистая схема — курсами по 2—3 мес. в тех же дозах, с перерывами той же длительности. При длительном лечении в клинике глюкокортикоидами для профилактики остеопороза назначают фто-

рид натрия по 20—40 мг/сут. один раз в день на весь период лечения. Остеохин используют по 200 мг (1 табл.) 3 раза в день длительно (от 6 мес. до нескольких лет) без перерывов. Соматотропный гормон вводят в/м 2—3 раза в неделю в дозе 4 ЕД, курсами по 2 мес. с такими же интервалами.

1.8. ПОСЛЕРОДОВОЕ ОЖИРЕНИЕ

Ожирение — это избыточное накопление жира в организме, приводящее к увеличению массы тела на 20 % и более от средних нормальных величин («идеальная» масса тела). Может быть связано с беременностью и наоборот. Цель лечения — создать отрицательный энергетический баланс в организме больной для уменьшения массы тела. Лечение ожирения должно быть комплексным, патогенетическим и этапным. Место проведения — вначале в стационаре после комплексного обследования, продолжение — в амбулаторных условиях с периодическим контрольным обследованием и информацией пациентки о его результатах. Средства достижения цели при всех формах ожирения: лечебное питание; дозированная физическая нагрузка.

Принципы лечения ожирения: назначение редуцированной диеты, резкое ограничение калорийности рациона, создающего в организме больной ожирением калорийный дефицит. Редуцированный калораж достигается путем использования следующих вариантов: 1) замена жира с помощью воды и балластных веществ, или белка, или углеводов; 2) замена углеводов с помощью воды, неперегаживаемых балластных веществ; 3) замена сахара пищевыми веществами, обладающими сладким вкусом; 4) исключение алкоголя.

Индивидуализацию питания проводят в расчете на так называемую «идеальную» массу тела больной (т. е. соответствующую полу, возрасту и конституции). Возможно построение более сбалансированной диеты, содержащей достаточное количество незаменимых аминокислот, липотропных веществ, углеводов, витаминов; попытка нормализации соотношения между липолитическими и липосинтетическими процессами в организме за счет изменения качественного состава рациона; ограничение воды и поваренной соли с целью усиления сгорания жира и образования эндогенной воды, разгрузочные дни (кефирные, творожные, яблочные и др.) и лечебная физкультура. Для профилактики кетогенеза целесообразно использование минеральных вод. Увеличение энергозатрат произво-

дят за счет дозированной строго контролируемой физической нагрузки. Эффективность и корректировку лечения оценивают и проводят на основании подробного изучения биохимического скрининга больной.

Фармакотерапия. Носит вспомогательный характер и является дополнением к диетическому и физиотерапевтическому лечению. Используется для облегчения пребывания на диете; как временная мера после начала лечения у некоторых больных с депрессией и с пептической язвой, которым трудно соблюдать диету; при коротких курсах с полугодичным или годичным интервалом для сохранения нормальной массы после рецидива; для больных, у которых при применении диеты не снижается масса тела.

Существует три группы медикаментозных средств: 1-я — воздействие на нервные центры, регулирующие забор пищи (симпатомиметики, психоаналептики, нейролептики, дезопимон, фепранон, фенфлурамин), назначают по 2—3 табл./сут. в течение 20—25 дн.; 2-я — влияние на внутриклеточный метаболизм, особенно адипоцитов (гормоны щитовидной железы, адипозин, бигуаниды); 3-я — содержащие агар или целлюлозу. Кроме того, в комплексе показана симптоматическая терапия (гормоны, диуретики, кардиотоники, слабительные и другие вещества) — см. табл. 11.

Немедикаментозное лечение — см. *Нейрообменно-эндокринный синдром*.

1.9. ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

Это клинический симптомокомплекс (нервно-психические, вегетососудистые, обменно-эндокринные нарушения), возникающий после тотальной (субтотальной) овариэктомии. Цель лечения — активация функционального состояния гипоталамо-гипофиз-надпочечниковой системы; развитие компенсаторных реакций организма для обеспечения гомеостаза. При проведении терапии следует учитывать: возраст женщины, тяжесть клинической картины, стадию развития синдрома, наличие экстрагенитальной патологии, объем оперативного вмешательства, функциональное состояние коры надпочечников и щитовидной железы. Лечение должно быть: 1) комплексным — сочетание различных видов лечебных влияний; 2) патогенетически обоснованным и соответствующим поставленной цели; 3) индивидуальным — с учетом вышеописанных факторов; 4) в известной мере этапным; 5) онкологически настроенным.

Фармакотерапия. С целью стимуляции сниженной функции коры надпочечников, при лечении посткастрационного синдрома свыше 5 лет и длительном лечении половыми гормонами целесообразно использовать следующий комплекс лекарственных средств (табл. 12). Витамины и новокаин вводят в/м в одном шприце. Возможно амбулаторное лечение. Инъекции проводят после еды. В отдельных случаях при реакции на никотиновую кислоту курс лечения сокращают до 20 дней (исключают менструальные дни — по 5 дн.).

Табл. 12. Схема фармакотерапии посткастрационного синдрома

Дни введения	Новокаин, 2 %-й раствор	Витамины			
		РР, 1 %-й раствор	С, 5 %-й раствор	В ₁ , 5 %-й раствор	В ₆ , 5 %-й раствор
	количество, мл				
1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
3	3,0	3,0	1,0	1,0	1,0
4	4,0	4,0	1,0	1,0	1,0
5	5,0	5,0	1,0	1,0	1,0
4	4,0	4,0	1,0	1,0	1,0
3	4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
2	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Гормональное лечение. Основные правила: учет возраста больной; начало лечения — с первых клинических проявлений или при неэффективности ранее проведенной терапии; длительность лечения — до наступления возраста естественной менопаузы; учет характера заболевания, потребовавшего радикального вмешательства — кастрации; при хирургической кастрации по поводу злокачественных опухолей половых органов или молочных желез гормональная терапия противопоказана; при операциях по другим показаниям к кастрации гормональная терапия носит заместительный характер.

Лечение проводят прерывистыми курсами по 2—3 нед. с перерывами в 7—10 дней. Используют следующие методики гормонотерапии. *Циклическая гормонотерапия:* эстрадиола дипропионат (0,1 %-й р-р), вводят по 1 мл в/м один раз в 3 дня (всего 5—6 инъекций), или фолликулин

по 10 000 ЕД в/м ежедневно. Далее в течение 7 дн. назначают гестагены в общепринятых дозах. Более удобны пролонгированные препараты: димэстрол (0,6 %-й масляный р-р) вводят по 2 мл 1 раз в неделю в/м (всего 2—3 инъекции), затем 17-ОПК (12,5 %-й р-р) по 2 мл в/м.

После двусторонней овариэктомии с удалением матки у молодых женщин с целью профилактики вазомоторных расстройств, атрофического процесса в тканях и остеопороза возможно применение гормонов в различных сочетаниях: 1) эстрогены и гестагены (СПП) — назначают в малых дозах (1/2 табл. в день) в течение 7 дн., затем по 1/4 табл. в день последующие 2 нед.; спустя 7 дн. курс лечения повторяют; 2) эстрогены: эстриол — назначают по 0,5 мг ежедневно в течение 21 дня, затем через 7 дн. курс повторяют. В дальнейшем проводят 2—3 курса с интервалом в 1—2 мес., или назначают микрофоллинофорте по 0,01—0,02 мг/сут., или сигетин — по 0,01—0,05 г 2 раза в день (курс 30—40 дн.); 3) эстрогены и андрогены в соотношении 1:20 и 1:10. Например: 1 мл 0,1 %-го р-ра эстрадиола дипропионата (10 000 ЕД фолликулина) в сочетании с 2 мл 1 %-го р-ра тестостерона пропионата. Смесь вводят 1 раз в 3 дня в/м (5 инъекций на курс). После 2 мес. лечения промежутки между инъекциями увеличивают до 10—12 дн. При наличии амбосекса или климактерия их вводят по 1 мл в/м 1 раз в месяц (курс 5—6 инъекций); 4) имплантация кристаллических эстрогенов в подкожную клетчатку или трансплантация яичников или амниотических оболочек (на 6—12 мес.).

Препараты щитовидной железы: используют при нейровегетативных нарушениях с целью торможения гонадотропной функции гипофиза. Тиреоидин назначают в дозе 0,05—0,2 г/сут.; тиреосомб — по 1 табл. 1 раз в день, постепенно повышая дозу до 2 табл. 3 раза в день; тиреотом — по 1—3 табл. в день; трийодтиронин — по 5—20 мкг/сут.

Немедикаментозное лечение — см. *Климактерический синдром.*

1.10. ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Это сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальный период и проявляющийся нервно-психическими, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Цель лечения — нормализация функции гипоталамуса, дегидратация, устранение основного и сопутствующего соматического и гинекологического заболевания, инфекций и интоксикаций.

Основные правила проведения терапии предменструального синдрома (ПМС): лечение — комплексное, целенаправленное, индивидуальное, длительное и зависит от степени тяжести заболевания. Начальный курс терапии проводится в течение года. Добиться ремиссии можно путем осуществления 3-месячного цикла лечения с последующим перерывом в 2—3 мес. Поддерживающая терапия в перерывах между циклами выполняется по показаниям. Появление рецидива заболевания является показанием к очередному циклу терапии.

Наиболее эффективен биопсихосоциальный подход, содержащий следующие компоненты: а) проведение просветительской работы с пациентками и членами их семей; б) изменение образа жизни и характера работы; в) использование дифференцированной терапии медикаментами; г) соблюдение диетического режима (ограничение во вторую фазу цикла употребления чая, кофе, жидкости, молока, поваренной соли, животных жиров); д) психотерапию, аутогенную тренировку.

Фармакотерапия. *Седативное лечение* включает: производные фенотиазинового ряда (сонапакс, беллоид, белласпон, терален и др.); транквилизаторы (рудотель, мебикар, сибазон, оксипидин и др.) назначают по 1 табл. 2—3 раза в день с 14-го дня менструального цикла, заканчивают первым днем менструации.

Витамины: ретинола ацетат (витамин А) — 35 мг в сочетании с токоферола ацетатом — 100 мг (препарат «аевит») назначают по 1 капсуле 2—3 раза в день или вводят через день по 1 мл п/к (всего 15 инъекций на курс). Можно применять препараты отдельно: витамин А — по 4—5 капель в день натощак и витамин Е по 1 ч. ложке 2—3 раза в день или 30 %-й р-р вводят в/м по 1 мл в течение 15 дн. Декамевит назначают по 2 драже 1 раз в день; аскорбиновую кислоту — по 0,1 г 3—5 раз в день или аскорутин по 1 табл. 2—4 раза в день в течение 1 мес.; пиридоксин — 5 %-й р-р по 1 мл в/м в течение 20 дн.

Дегидратационная терапия: верошпирон — по 25 мг 4 раза в день внутрь с 18-го по 26-й день менструального цикла или по 25 мг 2 раза в день с 10—12-го дня менструального цикла; гипотиазид — по 25 мг/сут. внутрь на фоне приема калия; фуросемид — по 40 мг/сут. внутрь; аммония хлорид (10 %-й р-р) — по 1 ст. ложке 3 раза в день.

Лития карбонат используют при маниакальном состоянии и для профилактики фазнопротекающих психозов — 0,6—1,2 г/сут., желателно под контролем содержания лития в крови.

Гормональная терапия. Прогестерон назначают во вторую фазу менструального цикла на фоне лечения диуретиками по 5 мг ежедневно за неделю до очередной менструации или 17-ОПК — по 1 мл 12,5 %-го р-ра в/м однократно на 19-й день цикла. Норколут используют при относительной и абсолютной гиперэстрогении — по 5 мг с 16-го дня менструального цикла в течение 10 дн. При декомпенсированной форме ПМС у молодых женщин показаны СПП (овулен, бисекурин, нон-овлон) или гестагены (ацетомепрогенол, норколут) — соответственно 0,5 мг и 5 мг по контрацептивной схеме. Женщинам переходного возраста при выраженной гиперэстрогении, миоме матки, мастопатии показаны либо гестагены, либо сочетание их с андрогенами — метиландростендиол под язык назначают при этом с 6-го по 16-й день менструального цикла. При ановуляции с гипоэстрогенией назначают циклическую гормональную терапию в репродуктивном возрасте (см. ДМК) или в пременопаузе — эстрогены в первую фазу цикла и гестагены с андрогенами (10—15 мг/сут.) во вторую фазу. При проведении гормональной терапии используют прерывистые курсы по 2—3 мес. с аналогичными интервалами. При гиперпролактинемии показан парлодел — по 1,25 мг (1/2 табл.) в день во вторую фазу менструального цикла за два дня до ухудшения состояния в течение 8—10 дн.

Ингибиторы простагландинов назначают идентично, как при лечении альгодисменореи. Наиболее предпочтителен напросин (напроксен) — по 250 мг 2 раза в день за 2—3 дня до начала менструации. Антигистаминные и антисеротониновые препараты (тавегил, фенкарол, перитол, диазолин, димедрол) принимают по 1 табл. 2—4 раза в день; терален — по 1 табл. на ночь; парлодел — 1,25 мг; дигидроэрготамин — 0,2 %-й р-р по 15 капель 3 раза в день в течение 10 дн. во вторую фазу менструального цикла, включая первые 3—4 дня менструации. Для улучшения трофики головного мозга назначают ноотропил (пирацетам) — по 1 капсуле (400 мг) 3—4 раза в день; аминалон — по 1 драже (0,25 г) 3 раза в день с первого дня менструального цикла в течение 2—3 недель; или пикамилон — по 1 табл. 3 раза в день.

Немедикаментозное лечение. Оно включает общий массаж, массаж «воротниковой зоны», подводный гидромассаж, бальнеотерапию. Из АФТ показаны эндоназальный электрофорез с витаминами В₁, ЦЭА с 5—6-го дня менструального цикла (8—10 процедур).

Иглорефлексотерапия (ИРТ). Сеансы проводят через 1—2 дня по схеме: 1-й день — воздействие на АТ 51, 23,

28, 56 (постоянные кнопочные иглы на 8—10 суток) или на ТА ежедневно в течение этого же времени — *G14, TR5, G11, E36* (тонизация до 5 мин); 2-й сеанс: *VG11, V11, V43* (тонизация до 5 мин); 3-й сеанс: *VG4, V23* (тонизация до 5 мин); 4-й сеанс: *V25, V31, V33* (тонизация до 5 мин); 5-й сеанс: *VG2, VG4, F12, RP9* (тонизация до 5 мин); 6-й сеанс: *RP4, MC6*; 7-й сеанс: *RP6, VC4*; 8-й сеанс: *R5, R6, R12* (дисперсия до 30—40 мин); 9-й сеанс: *G14, E36, G110* (дисперсия до 40 мин); 10-й сеанс: *R7, V23, V32* (тонизация до 5 мин).

Лечение различных форм ПМС (табл. 13) проводят дифференцированно. Обязательным условием успеха является учет степени тяжести.

При легких формах заболевания последовательность лечебных воздействий следующая: аэротерапия; бальнеотерапия (хвойные, йодобромные, валериановые, шалфейные ванны); гидроаэроионотерапия; общая франклинизация; ЦЭА, электросон; гальванизация (анодическая, эндоназальная). Через 6—8 нед. (перерыв) — курс общего электрофореза кальция (по *С. Б. Вермелю*), бальнеотерапия (жемчужные, пенные, кислородные, азотные, радоновые ванны), санаторно-курортное лечение.

При тяжелой форме ПМС лечение осуществляют в два этапа: 1-й этап — воздействие на область надпочечников микроволнами деци-, сантиметрового диапазона, индуктотермией, общий кварц; 2-й этап — проведение трех терапевтических курсов физиолечения идентично легкой форме ПМС.

1.11. СИНДРОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Это комплекс патологических симптомов, возникающих на фоне лечения индукторами овуляции. Цель лечения — нормализация измененного гомеостаза организма женщины, обусловленного приемом кломифена (кломистил-бегита) и гонадотропных гормонов (хорионический гонадотропин, профази, пергонал) с целью стимуляции овуляции. Задачи лечения: уменьшение порозности капиллярной стенки; устранение острого пропотевания жидкой части крови в серозные полости; восстановление волеических и реологических параметров крови; улучшение перфузии почек; нормализация водно-электролитного обмена. Выделяют два метода лечения — консервативный и хирургический.

Фармакотерапия. Предполагает назначение следующих средств. *Инфузионная терапия* (ИТ). Цель — восста-

Табл. 13. Схемы дифференцированного лечения отдельных форм ПМС

нейропсихическая	отечная	цефалгическая	«кризисная»
<p>Электроанальгезия (ЦЭА)</p> <p>Норколут — по 5 мг/сут. с 15—16-го дня цикла в течение 10—12 дн.</p> <p>Вероширон — по 25 мг 2—3 раза в день за 4 дня до появления симптомов или бринальдикс — по 5 мг/сут. за 1 день до начала менструации до появления отеков</p> <p>Танегил (супрастин, фенкарол) — по 1/2—1 табл. 2—3 раза в день</p> <p>Терален — по 1/2—1 табл. 2—3 раза в день</p> <p>Пиридоксин — по 40 мг 3 раза в день</p> <p>Все препараты принимают за 2—3 дня от середины цикла и продолжают в течение 2—3 дн. очередного цикла</p>	<p>Массаж шейного отдела позвоночника (по показаниям)</p> <p>Ислорфлексотерапия (по показаниям)</p> <p>Анаприлин — по 20—40 мг/сут.</p> <p>Клофелин — по 0,075—0,15 мг/сут. или допегит — по 0,25—0,75 мг/сут. при стойкой гипертензии</p> <p>При нейрорегуляторной дистонии по гипотоническому типу: настойка красавки — по 5—20 капель 2—3 раза в день или беллоид (беллатаминал) — по 3 драже в сутки</p> <p>Регуляция сосудистого тонуса: нопла — по 0,12—0,24 мг/сут.; палаверин — по 0,06—0,12 г/сут. или канигон — по 15—30 мг/сут.; стугерон — по 12,5—25 мг 3 раза в день</p> <p>Трентал — по 1—2 драже 2—3 раза в день</p> <p>Ноотропил, пиритетам, энцефабол — 150 драже на курс</p> <p>Антипрогестадины (напроксен, напросин, пироксикам, индометацин) — по 3 табл./сут. за 2—3 дня до середины менструального цикла, включая дни месячных. Длительность курса непрерывного лечения 2—3 мес.</p>	<p>Центральная электроанальгезия</p> <p>Парлодел — по 0,6—1,25—2,5 мг/сут. за 2—3 дня до середины цикла и до 2—3-го дня очередного цикла</p> <p>Анаприлин, клофелин, элетифан, донепит — по показаниям</p> <p>Сибазон, оксидлин — по 1/4—1/2 табл. 2—3 раза в день</p> <p>Сонапакс (меллерит) — по 1/4—1/2 табл. 2—3 раза в день</p> <p>Стугерон (пиннарглин) — по 25 мг 3 раза в день</p> <p>Трентал — по 1—2 драже 2—3 раза в день</p> <p>За исключением парлодела все лекарственные средства применяются в течение 2—3 мес. непрерывно, с увеличением дозы по 2-ю фазу менструального цикла</p> <p>При аутосенситивизации к тестостерону, прогестерону, андростендиону, тестостерону, андростендиону и тестостерону их вводят в определенных соотношениях (см. <i>Альгодисметерия</i>)</p>	

новление центральной и периферической гемодинамики, стимуляция диуреза, улучшение реологических свойств крови, восстановление водно-электролитного баланса. Основные компоненты инфузионной терапии: сухая плазма, протеин, альбумин, реополиглокин, гемодез, полидез. Способ применения — внутривенный капельный. Используемый объем — с учетом дефицита ОЦК.

Снижение проницаемости капилляров. Достигается путем использования глюкокортикоидов, антигистаминных препаратов, витаминов (аскорутин) и препаратов кальция в среднетерапевтических дозах.

Антикоагулянтная терапия. Показана при гемоконцентрации, повышении активности прокоагулянтного звена. В отдельных случаях иногда используют даназол, эстроген-гестагенные препараты.

Хирургическое лечение. Показания: 1) геморрагический шок вследствие кровотечения от разрыва кист яичников; 2) клиническая картина перекрута кисты яичника. Объем оперативного вмешательства должен быть щадящим, с максимальным сохранением яичниковой ткани. Обязательным дополнением операции является проведение всего комплекса консервативного лечения во время и после нее.

1.12. СИНДРОМ ГИПЕРТОРМОЖЕНИЯ ГОНАДОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ ГИПОФИЗА

Это комплекс патологических нарушений (аменорея, ановуляция, галакторея), возникающих в течение 3—6 мес. и более после отмены оральных контрацептивов (ОК). Цель лечения — нормализация измененной гонадотропной функции гипофиза, обусловленной длительным приемом и отменой ОК — эстроген-гестагенных препаратов. Тактика лечения включает следующее мероприятие: проведение накануне лечения дифференциальной диагностики синдрома гиперторможения гонадотропной функции гипофиза с опухолью гипофиза, ранним патологическим климаксом, поликистозными яичниками, маточной формой аменореи. При этом учет тяжести клинических проявлений и результатов обследования при проведении дифференциального диагноза является строго обязательным. Принципиально важен подход к выбору метода лечения с учетом использованных женщиной доз и длительности применения ОК.

Фармакотерапия. Применяют следующие основные препараты: кломифена цитрат — по 50—150 мг/сут. в

течение 5 дн. с 5-го по 9-й день менструальноподобной реакции, длительность лечения 1—6 мес. в постепенно возрастающих дозировках. Гонадотропины (пергонал, хорионический гонадотропин) показаны при отсутствии менструации, неустранении галактореи и ановуляции кломифеном. Кортикостероиды применяют идентично, как при синдроме дисфункции коры надпочечников. Используют также средства, тормозящие секрецию пролактина (парлодел), и введение внутриматочной спирали (ВМС)—при «аменорее после пиллль» для активации гонадотропной функции гипофиза.

1.13. СИНДРОМ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ, АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Это патологическое состояние организма, обусловленное моногенной мутацией и избыточной продукцией андрогенов, синтезируемых в надпочечниках. Цель лечения — коррекция нарушений гормональной функции коры надпочечников. Задачи лечения: восполнение недостаточного синтеза корой надпочечников кортизола или его аналогов; подавление избыточной продукции АКТГ передней долей гипофиза; нормализация уровня 17-КС, ДЭА в моче, тестостерона в крови; устранение гирсутизма; нормализация менструальной функции.

Фармакотерапия. Основной метод лечения — назначение больным аденогенитальным синдромом (АГС) глюкокортикоидов. Правила проведения терапии: 1) исключение опухоли надпочечников перед началом терапии (супраренорентгеноскопия, УЗИ надпочечников); 2) учет возраста больной и характера функциональных и анатомических нарушений надпочечников; 3) осуществление контроля за проводимым лечением с помощью суточной экскреции 17-КС и ДЭА, уровня тестостерона в крови, меноциклограмм и ТФД, гирсутного числа Ферримана — Галвея (норма от 1 до 12, в среднем $4,5 \pm 1,1$). Методика проведения функциональных диагностических проб и диагностическое значение определения 17-КС в гинекологии изложены в соответствующем разделе (см. *Аменорея*). Дозу препарата подбирают строго индивидуально, таким образом, чтобы уровень 17-КС, ДЭА в моче, тестостерона в крови на фоне терапии не превышал верхней границы нормы у здоровых женщин репродуктивного возраста. Показатели 17-КС в моче (по разным методикам) составляют от 6 до 15 мг/сут. или 20,8—52 мкмоль/л (коэффици-

циент пересчета в систему СИ — 3,47); показатели ДЭА в моче — около 1 мг/сут. (17,4—19,07 нмоль/л); уровень тестостерона в крови (период овуляции) — в пределах 1,8—2,8 нмоль/л.

Принципиально важным для характеристики функционального состояния коры надпочечников и яичников является тот факт, что, пользуясь одним и тем же методом, необходимо обязательно определять количество 17-КС в динамике. Важно правильно собирать суточный объем мочи: в день сбора мочи утреннюю порцию не используют, собирают все остальные порции суток, а также утреннюю порцию следующего дня.

Выбор лечебного препарата (глюкокортикоида) определяется целью терапии — стимуляция овуляции, нормализация менструальной функции, подавление гипертрихоза (гирсутизма). При проведении лечения необходимо учитывать циклическую секрецию АКТГ. В связи с этим рекомендуется следующая методика приема дексаметазона. При суточной дозе не более 0,25 мг препарат принимают однократно на ночь, при более высоких дозах — в два приема (утром и вечером), причем на ночь назначают большую часть суточной дозы. Важным является выбор оптимального времени начала лечения при врожденной гиперплазии коры надпочечников с целью своевременной коррекции постнатального развития ребенка. Отсутствие эффекта от терапии глюкокортикоидами указывает на наличие вторичных поликистозных яичников и требует соответствующих корректив в лечении. В комплексном лечении и реабилитации больных должны принимать участие педиатр, эндокринолог, невропатолог, психиатр, гинеколог. Отдельные комплексы терапии подбираются индивидуально для каждой больной с включением медикаментозных и немедикаментозных (нетрадиционных) воздействий.

Для лечения гирсутизма при АГС последовательность и перечень лечебных воздействий следующие: 1) оральные контрацептивы; 2) глюкокортикоидная терапия; 3) антиандрогены (17 — метил-нортестостерон, ципротерона ацетат — по 50—150 мг/сут. с 5-го по 25-й день менструального цикла на протяжении 4—6 мес.) или сочетание микрофоллина (0,05 мг) и ципротерона ацетата (2 мг) — под названием «*Diane*», назначается идентично; верошпирон — по 25 мг 2 раза в день в течение 4—6 мес. или по 100 мг 2 раза в день с 4-го по 22-й день каждого менструального цикла; 4) метронидазол (клион, трихопол); 5) косметическое лечение — дает временный и устойчивый эффект. К первому относят бритье, удаление волос вос-

ком, использование химических депиляторов, обесцвечивающих растворов, ко второму — электролиз, электрокоагуляцию, фотоэпиляцию лучом лазера, автоматизированные многоигольчатые методы.

Лечение отдельных форм аденогенитального синдрома

Препубертатная форма АГС. Фармакотерапия. Преднизолон назначают в соответствии с возрастом для восполнения естественного дефицита глюкокортикоидов: для 3—6 лет — 1,5—5 мг; 7—11 — 5—7,5 мг; 12—15 лет — 7,5—10 мг; с 16 лет — 10—12 мг. Продолжительность приема — 5—6 дн., перерыв — 1—2 дня. Обязателен контроль массы тела, сахара в крови, 17-КС в моче. Вместо преднизолона можно использовать кортизон: детям до 2 лет — по 25 мг/сут., более старшего возраста и взрослым — по 50—100 мг/сут. После снижения уровня 17-КС (обычно через 5—8 дн. лечения) дозу кортизона уменьшают до поддерживающей необходимой (нормальной возрастной) уровень 17-КС или сокращают число инъекций (например, детям до года — по 25 мг в/м 1 раз в 3 дня, старшим — по 75 мг 1 раз в 3 дня). Пероральное применение кортизона требует более значительных дозировок и дробного приема (3—4 раза в сутки). Взрослым и детям старшего возраста лучше назначать преднизолон по 20 мг/сут. в течение 7—8 дн., контролируя уровень 17-КС в моче. Затем дозу снижают до поддерживающей — 8—12 мг/сут. Своевременное начало лечения позволяет обеспечить дальнейшее нормальное развитие. При стрессовых ситуациях (травма, инфекция, операция) применяют повышенные дозы (в 2—3 раза) инъецируемых глюкокортикоидов. Исследование 17-КС мочи в начале лечения проводят ежедневно, после подбора дозы — 1 раз в 1—3 мес. с поддержанием уровня 17-КС соответственно возрасту.

При тяжести состояния больной (рвота, гипотония, обезвоживание) вводят в/в 15—30 мг преднизолона (50—150 мг гидрокортизона) капельно в 1000 мл 5 %-го р-ра глюкозы с добавлением 15 мл 20 %-го р-ра поваренной соли. Одновременно назначают ДОКСА — по 2 мг 1 раз в 3 дня в/м. В дальнейшем больную переводят на внутримышечное и пероральное применение кортизона ацетата (25—50 мг/сут.).

Хирургическое лечение. Желательно проводить в раннем возрасте. Показано при аномалиях развития наружных половых органов с целью добиться феминизации, уменьшить маскулинизацию.

Постпубертатная форма АГС. Цель лечения — восстановление нормальных взаимоотношений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе, нормализация менструального цикла, наступление беременности. Лечение этапное: *1-й этап* — назначение индивидуально подобранной дозы глюкокортикоидов (дексаметазон — 0,25—0,5—0,75 мг/сут.; преднизолон — 10 мг/сут. в течение 1 мес., далее 5 мг/сут. — в течение 3—4 мес. или более с учетом контрольных тестов); *2-й этап* — показан при установлении адаптативных доз глюкокортикоидов, если не восстанавливается овуляция, и преследует цель создания адекватной гонадотропной стимуляции. Применяют следующие варианты терапии: 1) циклическая гормональная — назначают преднизолон — по 2,5—5 мг/сут. в первую фазу менструального цикла и прогестерон — по 10 мг/сут. в течение 8 дн. во вторую фазу цикла; вместо прогестерона можно вводить 125 мг в/м однократно 12,5 %-го р-ра 17-ОПК на 18-й день менструального цикла; 2) сочетание индивидуально подобранных доз глюкокортикоидов с кломифеном (50—75 мг/сут. в течение 5 дн.); 3) синтетические прогестины (СПП) — по 1 табл. в день с 16-го по 25-й день цикла в течение 6—8 мес. с последующим перерывом в 1—2 мес.

1.14. СИНДРОМ МОРГАНЬИ — СТЮАРТА — МОРЕЛЯ, ЭНДОКРАНИОЗ

Это гиперостоз и склероз костей черепа вследствие обменных и гормональных нарушений. Цель лечения — нормализация по возможности гормональных расстройств функции гипофиза, диэнцефальной области, щитовидной железы, коры надпочечников; устранение воспалительных дистрофических и травматических изменений мозга или его оболочек, которые сопровождают гиперостоз костей черепа. Задачи лечения вытекают из цели и направлены на устранение основных клинических проявлений (ожирение, гирсутизм, нарушения менструальной и репродуктивной функции, головная боль).

Фармакотерапия. Включает в себя: восстановление обменных процессов; седативное лечение; дегидратацию; витаминотерапию (Е, В, С, А); циклическую гормонотерапию.

Немедикаментозное лечение. Наиболее часто используют микроволны на гипоталамо-гипофизарную область и различные варианты рефлексотерапии.

1.15. СИНДРОМ «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

Это комплекс патологических, чаще нейроэндокринных симптомов, возникающих при наличии симптома «пустого» турецкого седла. Тактика ведения больных определяется формой заболевания. Показано динамическое наблюдение до момента появления эндокринных нарушений и расстройств зрительных функций. При наличии синдрома требуется специальное лечение.

Фармакотерапия. Показана уже при начальных стадиях процесса. С целью улучшения гемодинамики в оптико-хиазмальной области назначают рассасывающую и дегидратационную терапию (см. *Диспитуитаризм*). Для лечения гипоменструального синдрома применяют кломифен, но после изучения резервной способности гонадотропной функции гипофиза с пробой лютеинизирующим рилизинг-гормоном. При недостаточной гонадотропной функции гипофиза длительная кломифентерапия противопоказана. При наличии клиники галактореи-аменореи используют парлодел. Надпочечниковая и тиреоидная недостаточность является показанием к проведению заместительной терапии гормонами.

Хирургическое лечение. Показано при прогрессировании нейроэндокринных нарушений, изменениях зрения и отсутствии эффекта от консервативного лечения, а также после операции удаления опухоли гипофиза. Суть операции заключается в удалении арахноидальной кисты или третьего желудочка из полости гипофизарной ямки и проведении искусственной пластики диафрагмы седла.

1.16. СИНДРОМ ШЕЕНА (ШИХЕНА), ПОСЛЕРОДОВОЙ ГИПОПИТУИТАРИЗМ

Это патологический синдром, проявляющийся аменореей, обусловленной недостаточностью аденогипофиза. Цель лечения — компенсация нарушенных функций эндокринных желез как последствия перенесенного геморрагического шока и септических осложнений. Задачи лечения: устранение нарушений гонадотропной функции гипофиза; коррекция недостаточности коры надпочечников; уменьшение вторичного гипопаратиреоза; проведение заместительной терапии при недостаточности функции половых желез. Основные принципы лечения: стационарное лечение в эндокринологическом стационаре 2—3 раза в году; постоянная поддерживающая терапия в процессе диспансерного наблюдения; обязательное противорецидивное лечение весной и осенью; назначение всем

больным анаболических препаратов, биостимуляторов, поливитаминов; дифференцированное лечение в соответствии с тяжестью клинического течения заболевания.

Фармакотерапия. Должна быть комплексной и индивидуальной. Основные методы лечения: 1) сбалансированное питание с достаточным количеством белка; 2) витаминотерапия (декамевит, олиговит, пентовит и др.); 3) на ранних стадиях заболевания терапия антикоагулянтами. При воспалительном генезе — противовоспалительное, дегидратационное и рассасывающее лечение; 4) следующим этапом является заместительная гормональная терапия кортикостероидами, тиреотропными и половыми гормонами в зависимости от степени недостаточности той или иной железы. При недостаточности коры надпочечников назначают: кортизона ацетат внутрь — по 12,5—37,5—50 мг/сут.; преднизолон — по 10 мг/сут.; гидрокортизон — по 25—50 мг/сут. в течение первого месяца лечения с последующим перерывом в 2 месяца. При гипотиреозе показан тиреоидин — начинают с 0,015 г 2 раза в день и доводят до полной заместительной дозы (0,05—0,2 г/сут.) под контролем ЭКГ. Лечение тиреоидном проводят одновременно или после кортикостероидной терапии. При недостаточности половых желез (олигоменорея, аменорея) женщинам до 40 лет показана циклическая гормональная терапия, после 40 лет рекомендуются андрогены (метилтестостерон по 5 мг/сут. в течение 2—3 мес.). Терапию проводят одновременно со стимуляцией функции других эндокринных желез; 5) комплексе лечения должен обязательно включать: префизон — по 1 мл (25 ЕД) в/м ежедневно, курс — 30 дн.; кломифен — по 5 мг/сут. в течение 10 дн. (стимуляция овуляции); анаболические гормоны: ретаболил — по 50 мг (1 мл) в/м вводят 1 раз в 2—3 недели или неробол (метандростенолон) — по 5—10 мг/сут. в течение 2—3 нед., затем поддерживающая доза — 5 мг/сут. в течение 2 мес.; оротат калия — по 1,5 г/сут. длительно; биогенные стимуляторы (алоэ, ФиБС, стекловидное тело, биосед, взвесь плаценты, МАП, АТФ); общеукрепляющее лечение (глюкоза, витамины, инсулин).

Наиболее целесообразно лечение с учетом степени тяжести заболевания (табл. 14). При стрессовых ситуациях, инфекционных заболеваниях показан переход на комплексное лечение. Поддерживающее лечение проводят постоянно: кортизона ацетат — по 10—20 мг/сут. или преднизолон — 5—10 мг/сут.; АКТГ — по 10—20 ЕД/сут. в течение 7—14 дн., затем 1 раз в неделю, или лучше кортикотропин-цинк-суспензия — прерывистыми цикла-

ми в течение 3, 7, 10 дн. 1—3 раза в месяц; префизон (тяжелая форма) — по 1 мл 2 раза в неделю в течение 3—6 месяцев.

Табл. 14. Дифференцированная фармакотерапия синдрома Шихена

Степень тяжести заболевания		
легкая	средняя	тяжелая
Режим труда и отдыха	Лечение гипотиреоза (тиреоидин 25—50—100 мг 2 раза в день, иногда с трийодтиронином (5—10 мкг) или L-тироксином (25—100 мкг/сут.)	Общеукрепляющее лечение (витамины, анаболики, биостимуляторы, препараты калия)
Полноценное питание	Кортизон — 50 мг/сут. или преднизолон — 5—10 мг/сут.	Антибактериальная терапия — по показаниям
Кислородно-травяные коктейли, кислородные ванны		Тиреоидин — по 15—25—50 мг 2—3 раза в день в сочетании с преднизолоном — 10—15 мг/сут. или тиреотропин — 10 ЕД/сут. в течение 1 мес, затем 10 ЕД в /м 1—2 раз в неделю
Поливитамины	Циклическая гормонотерапия больным до 40 лет (6 циклов в год, затем 3 цикла в год); после 40 лет — андрогены (метилтестостерон, метиландростендиол по 5—10 мг/сут. или тестостерона пропионат 25—50 мг 1 раз в 5—7 дн. в/м в сочетании с минидозами эстрогенов), димэстрол 1 раз в неделю в/м, затем 1 раз в 2 нед.; длительность 4—6 нед. (стационар) и 3—4 мес. амбулаторно	Синактен-депо (см. <i>Болезнь Иценко—Кушинга</i>)
Анаболические средства		Префизон — 0,5 мл в/м 2 раза в день в течение 2 нед., затем по 1 мл в/м через день
		Андрогены назначают циклами по 2 мес. в дозе 10 мг/сут., затем в течение 2 нед. по 10 мг/сут. через 2—3 дня в/м или внутрь. Через 2—3 месяца курс повторяют
		Никотиновая кислота — вводят в/м, в/в от 1 до 10 мл (по 30 инъекций на курс) в сочетании с витамином В ₁₂ — по 100—200 мкг и аскорбиновой кислотой (5 %-й р-р по 5 мл в/м)
		Пирроксан — по 30 мг 2—3 раза в день или 45 мг в/м (1—2 мл) — при диэнцефальных кризах

Немедикаментозное лечение. На ранних стадиях заболевания показана микроволновая терапия на гипоталамо-гипофизарную область. При надпочечниковой недостаточности — электрофорез с аскорбиновой

кислотой или норадреналином на область надпочечников. Из нетрадиционных методов используют лечение горным воздухом (нормобарическую гипокситерапию). При дисэнцефальных проявлениях лечение проводят как при НЭС.

1.17. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Это диагноз исключения, относящийся к больным, у которых не выявляются органические причины геморрагии обычными клиническими и параклиническими методами. Основное правило при проведении терапии дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) — исходить из принципа системного подхода к этой проблеме: необходимость восстановления нарушенной циклической регуляции полового цикла с помощью комплексного воздействия на организм женщины в целом с акцентом на отдельные первично или наиболее пострадавшие его звенья. При проведении лечения ДМК необходимо соблюдение следующих принципиальных положений учета: а) характера нарушений менструального цикла и уровня поражения в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка; б) возраста больной; в) давности заболевания и длительности кровотечения, степени выраженности анемии; г) наличия сопутствующих экстрагенитальных заболеваний; д) периода предполагаемого менструального цикла, рассчитываемого ретроспективно или по формуле:

$$\frac{365 n + П_1 + П_2}{c} = x + (X_1),$$

где 365 — число дней в году; n — возраст больной; $П_1$ — дни високосных годов; $П_2$ — дни, прожитые после дня рождения; c — продолжительность менструального цикла; x — период предполагаемого менструального цикла; X_1 — день предполагаемого цикла.

В лечении ДМК выделяют три основных этапа. 1-й этап. Место проведения — гинекологический стационар. Основная задача — максимально быстрая остановка кровотечения комплексом негормональных и гормональных методов воздействия.

Все применяемые методы лечения ДМК подразделяют на две основные группы: консервативные и хирургические. Консервативные методы включают общую неспецифическую терапию, немедикаментозное лечение и гормональную терапию, хирургические — выскабливание полости матки; вакуум-аспирацию эндометрия; разрушение

(деструкцию) эндометрия вымораживанием (криохирургия), прижиганием (электрокоагуляция), лазерной вапоризацией; удаление матки, пересадку яичников, оменто-овариопексию и др.

1. Консервативные методы лечения ДМК (фармакотерапия).

Общая неспецифическая терапия. Состоит из следующих основных компонентов: а) воздействие на центральную нервную систему (ЦНС); б) симптоматическое лечение; в) антианемическая терапия.

Воздействие на ЦНС. Общеукрепляющее лечение включает в себя проведение следующих мероприятий: устранение и предупреждение отрицательных эмоций; улучшение условий труда и быта; режим дня и питания; трудоустройство (исключение возможности умственного и физического переутомления); проведение психотерапии, аутогенной тренировки, гипноза; назначение в течение 3—4 нед. седативных, снотворных средств и транквилизаторов; витаминов. Витамин А (ретинол) назначают по 50 000 ЕД/сут. или каротин (масло шиповника), облепиховое масло; витамин В₁ (тиамина бромид) — по 0,002—0,005 г 2 раза в день; витамин В₂ (рибофлавин) — по 0,005 г 2 раза в день; витамин В₅ (пантотенат кальция) — по 0,1 г 4 раза в день; витамин В₆ (пиридоксин) — по 0,01 г 2 раза в день или в виде пиридоксальфосфата; витамин В_с (фолиевая кислота) — по 5 мг 2 раза в сутки; витамин В₁₂ (цианокобаламин) — 0,01 %-й р-р по 1 мл в/м; витамин С (аскорбиновая кислота) — по 0,3 г 3 раза в день; витамин Р (рутин) — по 0,02 г 3 раза в день; витамин РР (никотиновая кислота) — по 0,015 г 2 раза в день или в виде никотинамида — по 0,025 г 3 раза в день; витамин К (викасол) — по 0,015 г 3 раза в день или по 1 мл 1 %-го р-ра в/м. Вместо отдельных препаратов целесообразно также назначать комбинированные препараты (пентовит, гендевит, декамевит, олиговит, ревит и др.) — по 1—2 драже 2—3 раза в день непрерывным курсом в течение 40 дн. с повторением его через 3—4 мес. На 2-м и 3-м этапе лечения целесообразно проводить циклическую витаминотерапию: фолиевую кислоту, пентовит назначают в первую фазу менструального цикла, аскорбиновую кислоту — во вторую; витамин Е (токоферола ацетат) — по 0,1 г (капсулы) 2 раза в день или 30 %-й масляный р-р — по 10 капель 2 раза в день или в/м по 1 мл на протяжении нескольких менструальных циклов (3-й этап терапии).

Одновременно проводят лечение сопутствующих заболеваний печени, желудочно-кишечного тракта, регуляцию функции кишечника.

Симптоматическая терапия. Утеротонические средства назначают в небольших дозировках в период кровотечения и 3 дня после гемостаза: эрготал — по 0,001 г 3 раза в день; эргометрина малеат — по 0,2 мг (1 табл.) 3 раза в день или 0,02 %-й р-р по 1 мл в/м 1 раз в день; метилэргометрин — 0,02 %-й р-р по 1 мл в/м, п/к эрготамина гидротартрат 0,05 %-й р-р по 0,5—1,0 мл в/м или 0,1 %-й раствор по 10 капель 2—3 раза в день или по 1 мг 3 раза в день в таблетках; стиптицин (котарнина хлорид) — по 0,05 г 3 раза в день; гифотозин, окситозин, питуитрин — по 0,3—1,0 мл в/м через 6 часов.

Кровоостанавливающими и укрепляющими сосудистую стенку средствами являются: глюконат кальция — по 0,5 г 3 раза в день или хлорид кальция — по 1 ст. ложке 10 %-го р-ра внутрь 3 раза в день после еды или по 10 мл 10 %-го р-ра в/в; эпсилонаминокапроновая кислота (ЭАКК) — внутрь из расчета 0,1 г/кг массы тела через 4 часа (суточная доза 10—15 г) в течение 3 дн. — по 15,0 г и 4 дн. — соответственно по 12,0; 9,0; 6,0; 3,0 г/сут.; дицинон — в таблетках по 0,5—0,75 г/сут. или в/м, в/в по 1—2 мл 12,5 %-го р-ра; рутин, аскорутин — в обычных дозах; желатина медицинская — в виде 10 %-го р-ра по 0,1—1,0 мл на 1 кг массы в/в или по 10—50 мл в/м; серотонин — 0,015—0,02 г/сут. в/м в 5 мл 0,5%-го р-ра новокаина 2 раза в сутки с интервалами не менее 4 ч (курс лечения 10 дн.); ацетилхолина хлорид для гемостаза — в/м или п/к по 0,05—0,1 г 1—3 раза в день в течение 10—15 дней (не нормализует менструальный цикл).

Местный гемостаз осуществляют тромбиновой губкой, ЭАКК, 1 %-м р-ром адреналина — смачивают тампон и вводят к шейке матки на 8 ч. Метод Грамматикати используют в двух вариантах: 1) настойку 5 %-го йода вводят в полость матки шприцем Брауна. Начинают с 0,2 мл и ежедневно прибавляют по 0,1 мл, доводят до 1 мл (2—3 мл максимально); курс лечения 20—30 дн. ежедневно или через день; 2) рыхлая тампонада матки тампоном, обильно смоченным 5—10 %-м р-ром йода; экспозиция 20—30 мин (курс — 1—3 процедуры); обязательна гистологическая верификация диагноза накануне лечения.

Антианемическая терапия. Включает следующие компоненты: микроэлементы — препараты железа (гемостимулин, лактат железа, ферроцерон, железо восстановленное, ферроплекс, тардиферон, ферковен и др.) — среднесуточные дозы необходимое время (до восстановления показателей гемоглобина); феррум-лек — в/м или в/в по схеме (1-й день — 2,5 мл в/в; 2-й — 5 мл в/в; 3-й — 10 мл в/в медленно, затем по 2 ампулы (10 мл) 2 раза в неделю).

В лечении можно руководствоваться специальной номограммой; препараты кобальта — 1 %-й раствор коамида по 1 мл п/к, курс лечения 3—4 нед.; препарат меди — 1 %-й р-р сульфата меди по 5—15 капель на молоке 2—3 раза в день; аналоги витаминов — витогепат — по 1—2 мл в/м 1 раз в день, курс 15—20 инъекций, с повторением через 1,5—2 мес.; антианемин — по 2—4 мл в/м (легкие формы) или 6—8 мл (тяжелые формы); сирепар в/м, в/в — по 2—3 мл 1 раз в сутки (50—60 инъекций); камполон — по 2—4 мл в/м ежедневно или через день, 25—40 дн.

Инфузионная терапия (переливания эритромазсы, полифера, эритроувзвеси, свежеситратной крови, декстранов). Является неотъемлемой частью комплексной терапии при тяжелом состоянии.

Гормональная терапия. Обязательный компонент первого этапа лечения ДМК. Ее задачи: 1) осуществление гемостаза с последующей псевдомenstrуацией; 2) регуляция менструального цикла с профилактикой рецидива кровотечения (профилактическая цель); 3) индукция овуляции и нормализация менструального цикла (ювенильные ДМК, ДМК в репродуктивном возрасте); 4) искусственный меностаз в климактерическом периоде при упорных рецидивирующих кровотечениях.

Цель гормонального гемостаза — быстрое (в первые часы от начала терапии) прекращение кровотечения. Применяют следующие варианты гормонального гемостаза.

Гемостаз эстрогенами. Показания: ДМК в юношеском и репродуктивном возрасте со сниженным уровнем эстрогенов в крови; анемизация больной и необходимость срочного гемостаза; любой срок и длительность кровотечения. Преимущества: 1) быстрое наступление гемостаза; 2) не противопоказан у ослабленных и анемизированных больных. Способы проведения: микрофоллин — по 0,1—0,2 мг каждые 2—3—4 ч внутрь; фолликулин — по 10 000 ЕД в/м каждые 2—4 ч; синэстрол — 0,1 %-й р-р по 1 мл в/м каждые 2—4 ч (эстрон — 20 000 ЕД); эстрадиола бензоат — по 5 мг в/м каждый час до гемостаза; эстрадиола дипропионат — 0,1 %-й р-р по 1 мл каждые 2—4 ч; небольшие, постепенно возрастающие дозы эстрогенов. Вначале вводят 500 ЕД фолликулина в/м, при отсутствии гемостаза на следующий день вводят 1000 ЕД фолликулина в/м, затем 1500 ЕД и т. д. до наступления гемостаза. С остановкой кровотечения суточную дозу эстрогенов уменьшают на 500 ЕД в день (до дозы 1000—1500 ЕД) с последующей отменой. При ановуляторном гиперэстрогенном кровотечении вводят эстрогены: в 1-е сутки — по 100 000 ЕД 3 раза (синэстрол 1 %-й р-р — 1 мл), на 2-е —

100 000 ЕД 2 раза в день, на 3-и — по 50 000 ЕД 2 раза в день, на 4-е — по 25 000 ЕД 2 раза в день и на 5-е сутки — по 10 000 ЕД 2 раза в день. Чтобы на спад эстрогенов не возникло повторное кровотечение, продолжают лечение после гемостаза — по 1 мл в/м в течение 2—3 нед. с постепенным уменьшением дозы на 30—50 %, затем назначают прогестерон — 10 мг/сут. в/м в течение 6—8 дней или однократно 125 мг 17-ОПК в/м. При проведении гемостаза эстрогенами за первый день цикла условно принимается время прекращения кровотечения. Механизм гемостаза основан на принципе обратных связей в организме на введение больших доз эстрогенов. При этом происходят следующие процессы: торможение синтеза и выделения фоллитропина гипофизом, стимуляция секреции лютропина; усиление пролиферации эндометрия; увеличение плотности стенок сосудов, замедление фибринолиза в них. Недостатки: необходимость применения относительно высоких доз, вызывающих блокаду овуляции; частота возникновения так называемых кровотечений прорыва при быстром снижении дозы; менструальноподобная реакция после гемостаза обильная и продолжительная.

Гемостаз гестагенами. Механизм действия основан на секреторной трансформации и отторжении пролиферативно измененного эндометрия («медикаментозный», «гормональный» кюретаж); действию препарата на гипоталамические центры, регулирующие гонадотропную функцию гипофиза, и на сосудистую стенку; увеличении количества тромбоцитов и проконвертина. Показания: 1) начальный период маточного кровотечения (длительность не более 10 дн.); 2) отсутствие анемизации большой и необходимости срочного гемостаза. Гемостатический эффект гестагенов определяется суточной и общей дозой введенного препарата (для полного отторжения эндометрия требуется не менее 70—90 мг прогестерона) и сроком применения препарата.

Клиническое течение гемостаза гестагенами: а) кровотечение прекращается или резко уменьшается в период введения прогестерона на 3—5 дн., а затем вновь усиливается и продолжается еще 8—9 дн., часто обильное; б) после 3—4 инъекций кровотечение резко усиливается и, несмотря на проводимое лечение, продолжается еще 7—8 дн.; в) кровотечение не прекращается во время лечения, усиливается после его окончания и продолжается 15—16 дн.

Способы проведения: прогестерон — по 10 мг/сут. в/м в течение 6—8 дн. подряд; прогестерон — 1 %-й р-р по

3—5 мл 3 дн. подряд или 100 мг 1 раз в день; прегнин — по 2 табл. (0,02 г) под язык 3 раза в день; прогестерон водорастворимый — 20 мг в/в; 12,5 %-й р-р 17-ОПК — по 2 мл в/м. Вместо 17-ОПК можно применять гормофорт, пролютон-депо, примолют-Н. Недостатки: отсутствие быстрого гемостаза; усугубление анемизации больной вследствие возможного усиления кровотечения; возможность использования только в первые дни кровотечения; ограничение применения в случаях персистенции фолликула.

Гемостаз андрогенами. Механизм гемостатического действия андрогенов обусловлен их влиянием на: гипоталамус и гипофиз (угнетение их функции в виде снижения секреции гонадотропинов); яичник (блокада фолликулогенеза); эндометрий (подавление пролиферации — непосредственное антиэстрогенное влияние); эстрогены крови (их блокада); сосуды матки (сосудосуживающий эффект); миометрий (повышение сократительной активности). Показания: 1) ДМК с высокой и длительной гиперэстрогемией в климактерическом возрасте; 2) ДМК с наличием противопоказаний к эстрогенам (генитальные или экстрагенитальные опухолевые процессы в анамнезе; миома матки небольших размеров; мастопатия; индивидуальная непереносимость); относительным противопоказанием к андрогенам является возраст женщины моложе 45 лет.

Способы проведения: тестостерона пропионат — по 1 мл 1 %-го р-ра в/м 2—3 раза в день в течение 2—3 дн., затем прогестерон — по 10 мг/сут. в/м в течение 6 дн.; тестостерона пропионат для гемостаза — по 1 мл 5 %-го р-ра в/м 2 раза в день в течение 2—3 дн., затем дозу снижают до 2 раз в неделю в течение 6—8 нед. Далее назначают метилтестостерон — по 15 мг/сут. в течение 2—3 мес.; метилтестостерон для гемостаза — не менее 250—300 мг (по 50 мг в день в течение 5—8 дн.). При уменьшении кровомазания дозу уменьшают до 25 мг ежедневно или через день, затем до 10 мг/сут. через 1—2 дня, или заменяют 1 мл сустанона-250, омнадрена.

Можно проводить гемостаз андрогенами по следующей схеме: в 1-е сутки — по 1 мл 3 раза в день, на 2-е — по 1 мл 2 раза в день, на 3-и — по 0,5 мл 2 раза в день, на 4-е — по 0,25 мл 2 раза в день, на 5-е сутки — по 0,25 мл 1 раз в день в/м. После гемостаза (48—60 ч) целесообразно продолжить лечение постепенно снижающимися дозами или назначить по 50 мг андрогенов в/м ежедневно (через день) до наступления гемостаза (2—3 инъекции), а затем — по 25 мг 2—3 раза в неделю в/м. При отсутствии рецидива кровотечения показана поддерживающая терапия — 10 мг

через день или внутрь 10 мг метилтестостерона сублин- г- вально 2 раза в день.

При проведении лечения андрогенами следует придержи- ваться следующих основных правил: срок активного лечения — не менее 1 мес., чаще не более 2 и в редких случаях — не дольше 3 мес.; после устранения острых нарушений назначают поддерживающие дозы — от 50 до 150 мг в месяц; выбор дозы и длительность терапии строго индивидуальны. Ударной терапией считают применение по 25 мг препарата каждые 4 дня, а поддерживающей — введение той же дозы через каждые 10 или 7 дней. Пре- паратом выбора является тестостерона пропионат, не об- ладающий побочным действием. При лечении андро- генами предпочтение отдают андрогенам с невирилизую- щим эффектом. Недостатки андрогенотерапии: можно назначать только женщинам старшего возраста перед ис- кусственным менопаузой; невозможность (отсутствие ус- ловий) для длительного применения в связи с вири- лизацией и анаболическим эффектом.

Гемостаз синтетическими прогестинами (СПП). Меха- низм действия следующий: 1) блокировка системы гипо- таламус—гипофиз и тем самым уменьшение секреции фоллиберина и люлиберина; 2) отмена СПП способствует наступлению феномена отдачи в системе гипоталамус— гипофиз—яичники. Гипофиз освобождается от длитель- ного торможения, создаются условия для выработки соб- ственных гонадотропинов; 3) положительное терапевтиче- ское действие СПП связано с гемостатическим эффектом эстрогенов и секреторными превращениями эндометрия под действием гестагенов. Показания — ДМК в любом возрастном периоде. Особенности гемостаза СПП: ис- пользование их в лечении ДМК позволяет дать ответ о наступлении или отсутствии гемостаза в интервале от 5 до 96 ч, так как это является доказательством гормонального генеза кровотечения и возможности имитации лечением искусственных менструальных циклов, подражая естест- венному биологическому ритму женщины; быстрота на- ступления гемостаза при разном морфологическом со- стоянии эндометрия подтверждает факт, что механизм гемостаза непосредственно не связан с переходом эндо- метрия в секреторную фазу; положительная реакция на прием СПП свидетельствует также о патогенетическом значении при данном кровотечении разной степени вы- раженности лютеиновой недостаточности; отсутствие ге- мостаза указывает на то, что кровотечение не имеет гор- мональной природы или что оно носит мультифакторный генез (гормональный, воспалительный, опухолевой, меха-

нический, травматический и др.); действие СПП является при ДМК дифференциально-диагностическим вспомогательным средством лечения. При использовании гемостаза СПП необходимо проведение одновременного лечения для снятия у больной побочных явлений (витамин В₆, гепатопротекторы).

Способы проведения: 1) один из имеющихся монофазных и необходимых женщине СПП назначают в убывающих дозах, начиная с 4—6 табл./сут. до гемостаза. Затем постепенно в течение 10 дн. дозу уменьшают на 1/2 табл., доводят до 2 табл./день и переходят на поддерживающую дозу (1 табл./день). Длительность курса — 21 день, начиная от приема первой таблетки или от первого дня гемостаза. После отмены препарата наступает менструальноподобная реакция. Схема: 1-й день используют 6 табл. (через 4 ч), 2-й — 5 табл. (через 6 ч), 3-й — 4 табл. (через 6 ч), 4-й — 3 табл. (через 8 ч) и с 5-го по 21-й день — 2(1) табл./день;

2) для снижения частоты побочного отрицательного действия СПП, часто возникающего при применении первой методики, их назначают по 1 табл. внутрь 3 раза в день через равные промежутки времени в течение 2—3 дней. Затем дозу снижают до 2 табл. в течение 2 дн. и переходят на поддерживающую (1 табл.) в течение 7—14 дн. Недостатки гемостаза СПП: относительно большая частота побочных эффектов в основном за счет эстрогенного компонента; наличие большого количества абсолютных (гормонозависимые опухоли, острые заболевания печени и желчных путей, острый тромбофлебит, тромбоэмболические заболевания, нарушения гемостаза, болезнь Иценко—Кушинга, гипопитуитаризм, генетические заболевания желчного пузыря) и относительных (тромбофлебиты, хронические заболевания печени и желчных путей, эпилепсия, выраженный склероз, отосклероз, гипертоническая болезнь, ревмокардит, сахарный диабет, туберкулез, тетания, мигрень, хронический пиелонефрит) противопоказаний.

Гемостаз комбинацией эстрогенов и гестагенов. Наиболее оптимально и широко распространено соотношение эстрогены — прогестерон 1:10 или 1:20, 1:25. Показания — ДМК в любом возрасте.

Способы проведения: эстрогены — 0,1 %-й р-р по 1 мл в сочетании с 1 мл 1 %-го р-ра прогестерона в одном шприце в/м в течение 3 дн. подряд; эстрогены в той же дозе в/м — в течение 10 дн. или гормофорт — по 2 мл (250 мг) в/м на 10, 11, 12-й дни лечения, или синэстрол — 0,1 %-й р-р по 1 мл в сочетании с 2 мл 0,5 %-го р-ра прогестерона в/м; эстрадиола бензоат — по 10 мг в/м в

сочетании с 200 мг прогестерона или эстрадиола бензоат в дозе 10—20 мг в сочетании с 1—2—3 мл (125—250—375 мг) 12,5 %-го р-ра 17-ОПК (примосистон) в/м в одном шприце. Возможно использование 17 мг эстрадиола валеарианата в сочетании с 6 мг этинилнортестостерона в/м или линестрола в дозе 10 мг в сочетании с местранолом в дозе 0,3 мг в течение 3 дн., с последующим снижением доз в течение 3 дн. соответственно до 5 мг и 0,15 мг препаратов.

Механизм терапевтического эффекта комбинации эстрогенов и гестагенов обусловлен: действием эстрогенов, которые, повышая пониженный уровень эстрогенов, способствуют гемостазу; секреторной трансформацией гиперплазированной эндометрия; механическим действием, известным в литературе как «гормональное выскабливание». Достоинства гемостаза: возможность применения при ДМК в любом возрасте и относительная длительность гемостаза (часы или даже дни).

Гемостаз эстрогенами, гестагенами, андрогенами. Механизм гемостаза связан, кроме перечисленного, с двояким эффектом андрогенов в больших дозах: торможением секреции гонадотропинов и эстрогенов, а также прогестероноподобным действием на эндометрий. В результате такого влияния комплекса стероидных гормонов представляется отдых системе гипоталамус—гипофиз—яичники и оказывается лечебный эффект. Показания — ДМК ановуляторного характера с персистенцией фолликула.

Способы проведения: синэстрол — по 1 мл 2 %-го р-ра в сочетании с 1 мл 0,5 %-го р-ра прогестерона и 1 мл 5 %-го р-ра тестостерона пропионата в/м в одном шприце; эстрогены — 3 мг в сочетании с 20 мг прогестерона и 25 мг тестостерона; фолликулин — по 3000 ЕД в сочетании с 30 мг прогестерона и 50 мг тестостерона пропионата в/м в одном шприце; эстрон (эстрадиола бензоат) — по 1,6 мг в сочетании с 25 мг прогестерона и 25 мг тестостерона пропионата в/м в течение 5 дн., или эстрон — по 6 мг в сочетании с 25—50 мг прогестерона и 25 мг тестостерона пропионата в/м в течение 5 дн. Основные правила проведения гемостаза: смесь вводят в/м в одном шприце; указанное соотношение не является постоянным; обязателен учет возраста больной, эндокринной функции яичников (индивидуальный подход); «тройчатку» стероидных гормонов вводят через день; курс лечения — 4—10 инъекций, в зависимости от степени и продолжительности анемизации больной; день уменьшения кровопотери считают началом очередного цикла. Данный вид гемостаза противопоказан при ановуляторных ДМК с гипозестроге-

нией (атрезия фолликула) в юношеском возрасте и у молодых женщин (до 35 лет). Основные недостатки метода: относительно низкая терапевтическая эффективность, частота рецидивов.

Гемостаз гестагенами и андрогенами. Механизм гемостаза связан с секреторными изменениями в эндометрии (за счет прогестерона) и влиянием андрогенов на органы-мишени на периферии (матка) и уменьшением в них гиперпластических процессов. Показания — ДМК в сочетании с фибромиомой матки небольших размеров и (или) эндометриозом (т. е. гипергормональные ДМК).

Способы проведения: прогестерон — по 30—75 мг в день в сочетании с 1 мл 5 %-го р-ра тестостерона пропионата в/м в течение 3 дн. (прогестерон); андрогены — до гемостаза с последующим снижением доз тестостерона до 50 мл 1 раз в 5—7 дн., а далее 1 раз в 7—10 дн.; тестостерона пропионат — по 25 мг в сочетании с 10 мг прогестерона в/м ежедневно в течение 5 дн. подряд. Обычно гемостаз наступает во время 3, 4 и 5-й инъекций; 17-ОПК — по 250—375 мг 12,5 %-го р-ра с 1 мл сустанона-250 (омнадрена) или 1 мл 10 %-го р-ра тестената в/м в момент кровотечения. Методика более эффективна и удобна из-за пролонгированного действия препаратов.

Гемостаз гонадотропинами. Механизм гемостаза связан с воздействием на фолликул, его лютеинизацией, наступлением овуляции, развитием желтого тела, с выделением прогестерона, который и способствует гемостазу и регуляции менструального цикла. Показания — ановуляторные кровотечения (гиперэстрогения, НЛФ) в юношеском и молодом репродуктивном возрасте.

Способы проведения: хориогонин — по 1000—2000 ЕД в/м до наступления гемостаза; по 1500 ЕД через день (всего 5—6 инъекций); используют также в течение 12 дн.: каждые следующие 3 дня — 1500 ЕД, 1000, 500, 250 ЕД в/м; по 1000—2000 ЕД в/м до наступления гемостаза, затем — по 500 ЕД через день в/м в течение 14 дн. Хориогонин в дозе 2000 ЕД вводят в/м в сочетании с 25 мг тестостерона пропионата на протяжении 5—10 дн., или хориогонин по 3000—4500 ЕД в/м назначают через день, при суммарной дозе 10 000—12 000 ЕД. Обычно гемостаз наступает в первые 28—40 ч от начала лечения. Последующие 2 нед. лечения нормализуют цикл, а спустя 3—5 дн. наступает менструальноподобное кровотечение. Недостатки — относительно слабый гемостатический эффект в связи с опосредованным влиянием на эндометрий. Метод более приемлем на этапе профилактики рецидивов кровотечения у молодых женщин и девушек.

Клиническая картина гормонального гемостаза. Включает следующие основные моменты: прекращение кровотечения является первым клиническим проявлением действия гормонального препарата; чистые дни при проведении гормонального гемостаза охватывают период после прекращения кровотечения до появления псевдоменструального кровотечения; псевдоменструальное кровотечение является физиологическим окончанием гемостаза.

Немедикаментозное лечение ДМК. С этой целью используют АФТ, рефлексотерапию, гинекологический массаж, санаторно-курортное лечение. АФТ осуществляется путем воздействия на центральные механизмы регуляции менструального цикла, органы малого таза и влияния через молочную железу.

Воздействие на центральные механизмы регуляции менструального цикла. Из АФТ наиболее часто используют: шейно-лицевую гальванизацию (по Г. А. Келлату) через 1 %-й р-р хлорида цинка, 2—3 %-й р-р бромида натрия или 2—3 %-й р-р сернокислой магнезии; процедуры проводят ежедневно или через день, всего 12—15 сеансов при экспозиции 8—12 мин; эндоназальную гальванизацию или эндоназальный электрофорез с 10 %-м р-ром хлорида кальция — при кровотечении на фоне воспалительных процессов; с витамином В₁ — при ановуляторных гипострогенных кровотечениях; с 0,25—0,5 %-м р-ром новокаина — при ановуляторных гиперэстрогенных кровотечениях; всего на курс 12—15 процедур ежедневно или через день; непрямую электростимуляцию гипоталамо-гипофизарной области (по С. Н. Давыдову) начинают при продолжающемся маточном кровотечении — первые три дня процедуры выполняют ежедневно по 10 мин, затем три сеанса через день. Если после 6 процедур гемостаз не наступает, показаны другие методы терапии; продольная диатермия головы и ионогальванизация (по А. Е. Щербаку) — расположение электродов фронтоокципитальное, экспозиция — 20 мин, гальванический воротник проводят через 1 %-й р-р бромида натрия, чередуя с диатермией, количество процедур — по 6, курс лечения — 2 нед.; воздействие на область шейных верхних симпатических ганглиев (новокаиновая блокада — по 10—15 мл 0,5 %-го р-ра новокаина; электрофорез — с 1 %-м раствором новокаина на супрацервикальную область, экспозиция — 15 мин, курс — 8—10 сеансов).

Воздействие на органы малого таза: электростимуляция матки диадинамическими токами (показана для гемостаза при рецидивах кровотечения после многократных выскаб-

ливаний в прошлом, после кюретажа матки и недостаточном гемостазе; при обильной кровопотере после гормонального гемостаза; при ювенильных кровотечениях. Общая продолжительность процедуры — 8 мин, курс лечения — 2—5 дн.); термическое воздействие на шейку матки (осуществляют путем спринцеваний горячей водой — 35 °С и выше с интервалом в 1—2 ч или орошений хлорэтилом); вакуум-стимуляция шейки матки (создается электронасосом в виде отрицательного давления у шейки матки, экспозиция — 5—10 мин, курс лечения — 5—6 процедур); электростимуляция шейки матки (по С. Н. Давыдову) (проводят импульсными токами, курс — 6 сеансов), наиболее часто используют при ановуляторных маточных кровотечениях, при рецидивирующих кровотечениях с профилактической целью применяют с 14-го дня после выскабливания, а в последующие циклы — с 14-го дня после очередной менструации в течение трех дней, экспозиция — 10 мин; индуктотермия (15—20 сеансов через день); ультратон (с 5-го дня менструального цикла ежедневно или через день, всего до 20 сеансов); ультразвук; электрофорез гальваническим или импульсным током через различные лекарственные вещества с учетом имеющейся сопутствующей гинекологической патологии; лазертерапия (используют гелий-неоновый лазер — ГНЛ, длина волны — 632,8 нм, плотность мощности — до 200 мВт/см²). Зона воздействия — шейка матки, влагалищные своды, рефлексогенные зоны Захарьина—Геда, проекционно связанные с яичниками, активные точки меридианов почек, мочевого и желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, селезенки, переднего срединного меридиана. Метод воздействия: дистанционный, контактный (через световод). Курс лечения — 8—9 процедур.

Влияние на менструальную функцию через молочную железу. В основе метода аутомамминизации лежит опосредованное (через молочную железу) снижение эстрогенпродуцирующей функции яичников. Выделяют следующие способы аутомамминизации: а) диатермия (индуктотермия) правой молочной железы (процедуры — через день, продолжительность — 15—20 мин); б) электрофорез с 5—10 %-м р-ром хлорида кальция на область молочных желез (экспозиция — 20 мин, сеансы — ежедневно или через день, всего 10—12 сеансов), возможен вариант экспозиции от 5 до 20 мин, постепенно увеличивая; в) дарсонвализация области правой молочной железы (экспозиция — 5 мин, сеансы — ежедневно, всего 10).

Гинекологический массаж. Это один из компонентов комплексной терапии ДМК. Проводят в основном на

втором и третьем этапе лечения. Показания: ДМК в сочетании с общим и генитальным инфантилизмом, гипоплазией матки и гипотрофией гениталий; ДМК в сочетании с хроническим воспалительным процессом (остаточные явления); ановуляторные ДМК с гипоэстрогенней; овуляторные ДМК с недостаточностью обеих фаз цикла. При отсутствии кровотечения целесообразно сочетание гинекологического массажа с тепловыми процедурами, бальнеотерапией. Цель массажа: растяжение и рассасывание рубцов и спаек, улучшение кровоснабжения гипопластичной матки. Условия проведения: техническая обученность персонала; отдельное помещение с гинекологическим креслом, наличие резиновых перчаток; нормальная температура тела; показатели крови: лейкоцитоз не более $6,0 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ — не выше 15 мм/ч; I—III степень чистоты влагалища; опорожнение кишечника и мочевого пузыря. Продолжительность сеанса массажа от 3 до 10 мин, курс лечения — 30—40 дн. Техника изложена в соответствующих руководствах.

Рефлексотерапия. Осуществляется в нескольких вариантах (акупунктура, лазерпунктура и др.).

Иглорефлексотерапия (ИРТ). При ДМК используют тормозной метод ИРТ. Вначале наносят раздражение в точки общеукрепляющего действия, затем через 2—3 сеанса подключают точки специального действия, на процедуру — 3—5 ТА. Наиболее часто используемые корпоральные точки: V22, V31, V33, V47, T4, T19, V23, V32, V34, V10, T20, T21, VB20, J4, RP10, R7, V43, RP6, J6, E27, R9, R3, E36, G14. Аурикулярные точки: железы внутренней секреции — 22МВ, симпатическая — 51 ННПз, гипофиз — 28Пк, матка — 58ТЯ. При гиперменорее лечение проводят во время менструального цикла. Процедуры начинают с ног, затем переходят на нижнюю часть живота или на поясницу. Примерный вариант акупунктурного рецепта: 1-й сеанс: ТА T20, V43 (симметрично, метод успокоения); 2-й сеанс: VB20, G14 (симметрично); 3-й сеанс: T19, RP6, E36 (метод успокоения).

При полименорее лечение начинают за 2—3 дня до начала менструации. Курс лечения — 10 дн. Способ воздействия — тормозной. Примерное сочетание точек: 1-й сеанс: R9, RP6, J4, V23; 2-й сеанс: R6, T4, V32, V34 (симметрично); 3-й сеанс: RP6 (симметрично); 4-й сеанс: T4, V23, V22 (симметрично, метод успокоения через 1—2 ч после точечного массажа средней силы); 5-й сеанс: RP6, V47 (симметрично, точечный массаж средней силы с легкой вибрацией; после 15 мин отдыха продолжают точечный массаж в ТА J6, J4, E27, RP10); 6-й сеанс:

VB20, T19, VG21, V32, I10 (симметрично, метод торможения).

Лазерпунктура. Проводят с помощью стекловолоконной оптики и гелий-неонового лазера в терапевтических плотностях мощности (10—100 мВт/см²). В настоящее время применяют дифференцированный подход в использовании рефлексотерапии для эндогенной стимуляции половых желез. В первую фазу менструального цикла воздействие направлено на стимуляцию функции парасимпатической нервной системы. Для этого, начиная с 5-го дня менструального цикла, воздействуют ГНЛ на точки меридианов перикарда, сердца, почек, печени, переднего срединного меридиана. Во вторую фазу цикла лазерное или другое РТ-воздействие направлено на стимуляцию функции симпатической нервной системы. Для этого, начиная с дня овуляции, влияют на точки акупунктуры меридианов мочевого пузыря, толстой кишки, заднего срединного меридиана.

Фитотерапия. Носит симптоматический характер. Используют настои, отвары из крапивы, пастушьей сумки, водяного перца, тысячелистника, лагохилуса. Можно применять также чистые экстракты из водяного перца, калины красной, лагохилуса (по 25—40 капель 3—4 раза в день). Наиболее часто применяемые сборы: *Сбор 1.* Крапивы трава — 10,0, тысячелистника трава — 10,0. Сбор залить 400 мл кипятка, настаивать 20 мин, принимать по 50 мл 3 раза в день. *Сбор 2.* Хвоща полевого трава — 5,0, пастушьей сумки трава — 5,0. Смесь залить 300 мл кипятка, настаивать 20 мин, принимать по 50 мл 3 раза в день. *Сбор 3.* Экстракта кровохлебки жидкого — 50,0 мл. Стерилизовать. Вводить внутриматочно по 3—5 мл ежедневно до остановки кровотечения. *Сбор 4.* Дуба кора — 2,0, пастушьей сумки трава — 3,0, тысячелистника трава — 3,0, лапчатки прямостоячей корень — 3,0. Смешать, кипятить в течение 5 мин в 500 мл кипятка, настаивать 20 мин, принимать по 50 мл 3—4 раза в день.

Гипербарическая оксигенация (ГБО). Проводят в комплексном лечении ДМК с момента поступления больной в стационар, при отсутствии обильного кровотечения. Используют одноместную барокамеру «ОКА-МТ» с гипербарической оксигенацией при режиме давления 2 ата и экспозиции 40—60 мин. Курс лечения — 6—10 процедур. Кровотечение обычно прекращается после третьего сеанса ГБО.

Относительно новым методом немедикаментозного лечения ДМК является использование электростимуляции шейки матки в сочетании с дозированной локальной гипер-

термией. Методика наиболее показана при ановуляции после перенесенных хронических воспалительных процессов матки и придатков, проведении реабилитации при бесплодии. Лечение начинают сразу после окончания менструации и продолжают до последующей. Оно включает 16—18 сеансов дозированной локальной гипертермии. Температура возрастает от 38 °С (ежедневно на 1 °С) до 43 °С с максимумом к 11—12-му дню цикла. После этого она поддерживается на том же уровне до 24—25-го дня и снижается до 39 °С к 28-му дню. Температурный режим может варьировать в зависимости от длительности менструального цикла. В период предполагаемой овуляции (учет тестов функциональной диагностики) на фоне дозированной локальной гипертермии осуществляют электростимуляцию шейки матки в течение 4—6 дн.

2. Оперативные методы лечения ДМК. Выскабливание слизистой оболочки матки. Цель: остановка кровотечения, установление диагноза, проведение дифференциального диагноза. Задачи: 1) удаление источника кровотечения (патологически измененного эндометрия); 2) стимуляция мускулатуры матки за счет механического фактора; 3) вызов в ответ на выскабливание маточно-гипофизарно-яичникового рефлекса с последующей спонтанной овуляцией. Показания: 1) необходимость срочной остановки обильного маточного кровотечения при невозможности лечения консервативными методами или при наличии противопоказаний к ним; 2) неясность патогенеза кровотечения и необходимость получения эндометрия для гистологической диагностики; 3) необходимость регуляции и восстановления менструального цикла. Условия проведения: нормальная температура тела, отсутствие изменений гемограммы крови (нормальный лейкоцитоз, СОЭ), интервал между предыдущим выскабливанием и настоящим не менее 6 мес. Значимость: определяется и вытекает из цели, решаемых задач, показаний и учета возраста. Основные положения: при ювенильных маточных дисфункциональных кровотечениях выскабливание производят только по жизненным показаниям, допустимо использование метода *strich-abrasio*. У женщин детородного возраста (до 45 лет) выскабливание носит диагностический и лечебный характер и не является методом выбора (т. е. имеет строгие показания); старше 45 лет — также диагностический и лечебный характер и всегда является методом выбора первого плана. После кюретажа матки больные подлежат диспансерному наблюдению и контролю за состоянием менструального цикла по ТФД. При восстановлении менструального цикла (фазности) лече-

ние не требуется. Появление ановуляции — это показание к гормональной регуляции с учетом патоморфологии матки и яичников. У больных старшего возраста в дальнейшем предпочтителен искусственный менопауз.

Недостатки: травматический эффект кюретажа полости матки связан с непосредственным повреждением нейро-рецепторного аппарата матки с последствиями (ближайшими и отдаленными); угроза и высокая частота вторичных воспалительных осложнений, сказывающихся неблагоприятно на генеративной функции женщины.

Вакуум-аспирация эндометрия. Цель, задачи, показания идентичны выскабливанию эндометрия. Преимущества: меньшая травматичность, так как удаляется только функциональный слой эндометрия, базальный же остается ненарушенным; отсутствие необходимости анестезии и дополнительной дилатации шейки матки; менее болезненная процедура; возможность выполнения в амбулаторных условиях; меньшая степень вызываемых нарушений в системе гипоталамус—гипофиз—яичники—матка.

Деструкция эндометрия диатермоэлектрокоагуляцией (ДЭК), криокоагуляцией. Технически трудны и мало контролируемы (см. *Гиперпластические процессы эндометрия*). Лазерная деструкция эндометрия проводится по следующим показаниям: 1) ДМК рецидивирующего характера у женщин старшего возраста (пре- и менопауза); 2) ДМК в репродуктивном возрасте при наличии миомы матки и (или) эндометриоза при нежелании женщины иметь детей. Для этих целей наиболее пригодны АИГ-неодимовый и аргоновый лазеры. Излучение под контролем гистероскопа подводят к патологическому очагу с помощью кварцевых световодов.

Резекция и частичная декапсуляция яичников. Показана при сочетании ДМК с поликистозом яичников. Известно до 8 видов оперативной техники. В большинстве случаев само оперативное вмешательство выступает в качестве регулятора нарушенной менструальной функции. Если же восстановление ее не происходит, показана соответствующая реабилитация (см. *СПКЯ*).

Удаление матки. Как средство борьбы с ДМК известно давно и отличается особой надежностью. При этом гистерэктомия выступает в качестве крайней радикальной оперативной меры. Проведение ее требует и диктуется осознанной необходимостью, так как матка является надежным органом для женщины, который следует щадить.

2-й этап. Место проведения — женская консультация. Основные задачи: коррекция гормональных нарушений; восстановление ритма менструаций; профилактика рецидивов кровотечения.

Лечение — комплексное, включает гормонотерапию и немедикаментозные влияния. Гормональная терапия выступает в качестве главного фактора в нормализации менструальной функции и предупреждении рецидивов кровотечения. Лечение определяется: характером нарушения функции яичников при ДМК (персистенция, атрезия фолликула при ановуляции или овуляторные нарушения); возрастом больной; наличием сопутствующих генитальных (миома матки, хронический воспалительный процесс) и экстрагенитальных (патология гепатобилиарной системы) заболеваний. Основные принципы гормональной терапии: соблюдение четких показаний к применению лечения; учет всего многообразия механизма действия гормональных препаратов, включая побочное; индивидуальный подход при его проведении; назначение минимально эффективных терапевтических доз; тщательный контроль за состоянием половых органов и молочных желез в процессе лечения. После наступления гемостаза и окончания псевдоменструации или после выскабливания для решения вопроса, по какому типу нарушена функция яичников, рекомендуется проследить по ТФД насыщенность организма эстрогенами. Это определяет выбор метода терапии, направленного на восстановление двухфазных менструальных циклов в зависимости от структурно-функциональных изменений в яичниках.

1. Регуляция менструального цикла при атрезии фолликула (гипоэстрогении). Фармакотерапия. Используют следующие схемы. *Циклическую терапию* эстрогенами и гестагенами проводят в нескольких вариантах: 1) эстрон (фолликулин) — по 5000—10 000 ЕД в/м, начиная с 6—8-го дня менструального цикла (первым днем цикла считают первый день псевдоменструации или выскабливания) через день в течение 10—12 дн. Для воспроизведения второй фазы вводят 1 мл 1 %-го р-ра прогестерона ежедневно в течение 7 дн. Псевдоменструальная реакция наступает спустя 2—3 дн. после последней инъекции прогестерона; 2) фолликулин — по 5000 ЕД в/м на 6—8—10—12-й дни цикла; по 10 000 ЕД фолликулина и 5 мг прогестерона (в одном шприце) на 14—16—18-й дни и по 5—10 мг прогестерона на 20—21—22—23—24—25—26—27-й дни цикла. Схема рассчитана на создание 28-дневного цикла. При более коротких циклах число дней введения эстрогенов и гестагенов равномерно уменьшается; 3) эстрадиола

дипропионат — по 1 мл 0,1 %-го р-ра через день (6 инъекций) или синэстрол — по 1 мл 0,1 %-го р-ра ежедневно (10—12 инъекций). Вместо прогестерона применяют 17-ОПК — по 2 мл 12,5 %-го р-ра на 20-й день менструального цикла или димэстрол — по 2 мл 0,6 %-го р-ра 1 раз в неделю (вводят на 6-й день первой фазы) и идентично вводят 17-ОПК (во вторую фазу); 4) с 6-го по 16-й дни менструального цикла применяют по 5000 ЕД эстрогенов (эстрадиол, фолликулин, октэстрол); на 12—14—16—18-й дни цикла — по 1000—1500 ЕД хориогонина; с 20-го по 26-й дни — по 10 мг/сут. прогестерона или 30 мг/сут. прегнина; 5) на 1—5-й день менструального цикла используют метилэстрадиол — по 1/2 табл. под язык 1 раз в день; с 6-го по 10-й день — по 1/2 табл. 2 раза в день; с 11-го по 15-й день — по 1 табл. (0,02 мг) 2 раза в день; с 16-го по 20-й день — по 0,02 мг 3 раза в день и с 18-го по 25-й день — гестагены (прегнин) — по 30 мг/сут.

Циклическую гормонотерапию проводят в течение 3—4 мес. с перерывом по 7 дн. Затем ее прекращают (при положительном эффекте) или продлевают еще на 2—3 мес. (отрицательный эффект). Количество курсов лечения — от 3 до 6. Целесообразно сочетание эстрогенов с тиреоидином (0,025—0,05 г/сут.), фолиевой кислотой (0,5—1 мг 1—2 раза в сутки); гестагенов с аскорбиновой кислотой (500 мг/сут.) и витамином Е (50—100 мг/сут.).

Синтетические прогестины (СПП) — наиболее показаны однофазные препараты (овидон, нон-овлон, бисекурин, ановлар) в циклическом режиме прерывистыми циклами в течение 2—3 мес., с последующим перерывом на 2 мес. Количество курсов индивидуально.

Менопаузальный гонадотропин (пергонал-500) назначают с первого дня «чистого» — по 75—150 ЕД в день в/м на изотоническом растворе поваренной соли ежедневно в течение 10 дн. Спустя 24—48 ч после последней инъекции вводят ХГ — по 1000 ЕД в/м через день (всего 3—4 инъекции) или один хориогонин — по 1500—3000 ЕД в/м между 11-м и 16-м днем цикла ежедневно или через день. Суммарная доза должна составлять 6000—12 000 ЕД.

Немедикаментозное лечение. Используют циклическую АФТ: в первую фазу цикла — эндоназальная гальванизация или непрямая стимуляция диэнцефальной области гальваническим током (5—6 сеансов); во вторую фазу — шейно-лицевая гальванизация с цинком через день (5—6 сеансов). Всего проводят 3—4 курса лечения.

2. Регуляция менструального цикла при персистенции фолликула (гиперэстрогении). Фармакотерапия. Про-

вводят по нескольким вариантам. Гестагены назначают во вторую фазу менструального цикла за 8—9 дн. до предполагаемого срока менструации (прогестерон — по 25 мг/сут. в/м в течение 5—7 дн., или прегнин — по 30 мг/сут. 5—7 дн., или норколут — по 5 мг/сут. до 20-го дня условного цикла, или 17-ОПК — по 1 мл 12,5 %-го раствора в/м на 20-й день цикла). Назначают гестагены под контролем ТФД за 7—8 дн. до ожидаемой менструации при наличии выраженного гиперэстрогенизма. После 3—4 курсов лечения больную наблюдают. Если после проведенной терапии устанавливается двухфазный цикл, лечение прекращают, при рецидиве ановуляции лечение повторяют. Прогестерон можно применять по следующей схеме: ударные дозы — 3 мес. (по 30 мг на 21, 22, 23-й дни цикла) и поддерживающие дозы (10 мг/сут. с 18-го по 26-й день цикла через день) в течение 6 мес.

Наиболее часто показаны СПП с высоким содержанием гестагенного компонента (микропиллюли — ригевидон, микрогинон, мизистон, гравистат, демулен 1/35, норинил). Лечение проводят в циклическом режиме (4—6 циклов с перерывами между ними 7 дн.). Отсутствие эффекта (частичный эффект) — показание к повторению 3—4-месячного цикла лечения спустя 3—4 мес. от предыдущего. При персистенции фолликула используют также хориогонин — по 1000—1500 ЕД 3—4 раза через день в/м, начиная с 10—12-го дня менструального цикла. Курс лечения не должен превышать 2—3 мес. с перерывом на 5—6 мес. во избежание образования лютеиновых кист и антител к гонадотропинам. Возможно использование ХГ по другой схеме: на 12, 14, 16-й дни цикла вводят в/м по 1500 ЕД; на 18, 20, 22-й день — по 1000 ЕД и на 24, 26-й день цикла — по 500 ЕД; или по 1500 ЕД в течение 3—4 дней в дни пика ЛГ (с 11-го по 14-й день менструального цикла), или по 3000—5000 ЕД (между 14-м и 16-м днями цикла).

Немедикаментозное лечение. Показана АФТ: шейно-лицевая гальванизация с бромом, цинком, сульфатом магния (всего 10—12 процедур ежедневно или через день); продольная диатермия головы в сочетании с гальваническим воротником.

3-й этап. Место проведения — женская консультация. Цель лечения — медицинская реабилитация нарушенной репродуктивной функции женщины. Основные задачи: индукция овуляции (при ановуляторных циклах); восстановление фаз нарушенного овуляторного цикла; коррекция имеющихся гормональных нарушений в климактерическом периоде с целью профилактики новообразова-

ний, общее оздоровление организма, нормализация обменных процессов, противовоспалительное лечение.

1. Индукция овуляции. Фармакотерапия. Назначают нестероидные антиэстрогены (кломифен, клоמיד, клостилбегит, тамоксифен). Лечение курсовое, проводят по следующей схеме: 1-й курс — по 50 мг (1 табл.) с 5-го по 9-й день менструального цикла или менструальноподобной реакции, вызванной прогестероном; 2-й курс — по 100 мг (2 табл.) назначают в те же дни; 3-й курс — по 150 мг (3 табл.) в день в аналогичные дни.

Циклофенил используют по 200—400 мг/сут. с 7-го по 17-й день менструального цикла. Терапия кломифеном показана тем женщинам, у которых имеются функционирующие фолликулы и экскреция эстрогенов составляет не менее 10 мкг/сут., а гипофиз выделяет нормальное или несколько сниженное количество гонадотропных гормонов. Количество курсов лечения индивидуально, оптимальное — 3 курса. Лечение проводят под контролем влагалищного и ультразвукового исследований и ТФД в динамике. Большие дозы часто вызывают возникновение побочных явлений (увеличение размеров яичников, образование кист, не требующих лечения, неприятные ощущения в нижних отделах живота, молочных железах, тошнота, головная боль, головокружение), которые исчезают после прекращения приема препарата, проведения инфузионной терапии декстранами (см. *Синдром гиперстимуляции яичников*).

Тамоксифен (нольвадекс, зитазониум) применяют по следующей схеме: 10 мг препарата — в течение 5 дн. (с 5-го по 9-й день менструального цикла), затем по 10 мг 2 раза в день в течение 4 дней, начиная со 2-го дня цикла. В последующем дозу можно повысить до 20 мг/сут., а затем — до 40 мг/сут. (схема та же).

Кломифен в сочетании с эстрогенами назначают при низкой эстрогенной насыщенности (секреция эстрогенов менее 10 мкг/сут.). Схема: кломифен применяют по вышеописанной методике с одновременным назначением эстрогенов — по 1 табл./день с 5-го по 14-й день менструального цикла (микрофоллин — 0,05; овестин — 1,25; премарин — 1,125 мг).

Добиться овуляции можно с помощью только одних эстрогенов: синэстрол — по 1 мл 1 %-го р-ра в/м на 11, 13, 15-й день менструального цикла на протяжении 3 мес. или эстрадиола дипропионат по 5 мг в/м на 12, 14-й день цикла однократно. Ударные дозы эстрогенов целесообразно дополнять небольшим количеством гестагенов (10—15 мг/сут.).

Гонадотропины показаны при ановуляции в виде человеческого менопаузального гонадотропина (75 МЕ ФСГ + 375 МЕ ЛГ), пергонала (75 МЕ ФСГ + 75 МЕ ЛГ), неопергонала, хумегона. Условия для лечения — см. *Гипогонадотропная аменорея*. Согласно ВОЗ, гонадотропины назначают женщинам с ановуляцией центральной генеза, выявленной прямыми исследованиями экскреции гонадотропинов или путем функциональных гормональных проб с гонадотропинами. Нозологические формы ановуляции для стимуляции овуляции гонадотропинами: 1) первичная или вторичная аменорея с низким уровнем гонадотропных гормонов и эстрогенов; 2) заболевания с нормальной продукцией гонадотропных гормонов и низкой секрецией эстрогенов; 3) отсутствие эффекта от индукции овуляции кломифеном в течение 6—7 циклов большими дозами; или после лечения прогестероном. Дозы и продолжительность лечения зависят от индивидуальной реакции больных. Курс лечения длится 2—3 мес. Схемы: гонадотропин менопаузальный — по 75 ЕД в/м с 3-го дня менструального цикла ежедневно в течение 10 дн., хориогонин — по 1500 ЕД на 10, 12, 14-й день цикла в/м; гонадотропин менопаузальный — по 150 ЕД в/м на 3, 5, 7, 9-й день менструального цикла, хориогонин — по 1500 ЕД в/м с 11-го по 15-й день цикла ежедневно; пергонал-500 — по 1 ампуле на 3, 5, 7, 9-й день цикла, хориогонин — по 3000 ЕД в/м на 11-й и 13-й дни цикла, прогестерон — по 10 мг/сут. в/м с 16-го по 25-й дни цикла; пергонал-500 — по 1 ампуле в/м с 5-го по 10-й день менструального цикла, а хориогонин — по 1500 ЕД в/м на 11, 13, 15, 17-й дни цикла и по 3000 ЕД в/м на 3-й и 6-й дни после овуляции.

Следует помнить, что после лечения гонадотропинами нередко наблюдается синдром гиперстимуляции яичников, а при наступлении беременности — частота многоплодия.

При стимуляции овуляции прогестероном терапию им проводят после 24-го дня циклической терапии, удваивая дозу (до 25—30 мг) ежедневно в течение 3—4 дн. Гестагены в это время также дополняют эстрогенами (в соотношении 1:25 или 1:30 в пользу гестагенов). Вместо прогестерона можно вводить 250 мг (2 мл 12,5 %-го р-ра) 17-ОПК в/м на 19, 20-й день менструального цикла в течение 3—4 месяцев.

Кломифен часто комбинируют с гонадотропинами. *Схема 1:* кломифен — по 50 мг с 5-го по 9-й день цикла внутрь, с середины его (на 11, 13, 15, 17-й дни или ежедневно) — хориогонин в дозе 1500 МЕ. *Схема 2:*

кломифен — по 100 мг/сут. в течение 7 дн., затем пергонал-500 — 4 дня по 2 ампулы в день и 2 дня по 1 ампуле; спустя 24 ч хориогонин — 6000—10 000 ЕД в/м и еще через 4 дня — 200 ЕД. Комбинация кломифена в сочетании с ЛГ-РГ: кломифен применяют традиционно (5—9-й день цикла), ЛГ-РГ — на 13, 14-й день цикла однократно в дозе 100 мкг в/в.

В клинической практике наиболее распространены комбинированные методы индукции овуляции. Варианты комбинаций: прогестерон, затем кломифен (при отсутствии регулярного менструального цикла); хориогонин, затем кломифен; кломифен, затем прогестерон (при ановуляции, НЛФ); кломифен в сочетании с ЛГ-РГ (при ановуляции, НЛФ); кломифен, затем ЛГ-РГ, затем прогестерон. Устранение ановуляции парлоделом при гиперпролактинемии — см. *Гиперпролактинемия*. Для лечения ановуляции с гиперандрогенией надпочечникового генеза используют глюкокортикоиды. Лечение преднизолоном проводят по двум схемам. *Схема 1*: преднизолон — по 15 мг/сут. в течение 1 мес., затем по 10 мг/сут. еще 1 мес., далее месячными циклами соответственно по 5 мг/сут. и 2,5 мг/сут. (т. е. длительность терапии — 4 мес.), а затем до нормализации экскреции 17-КС. *Схема 2*: преднизолон — по 10—20 мг/сут. в первую фазу менструального цикла в течение 4—6 мес. Часто сочетают с приемом апоморфина (I фаза) и аскорбиновой кислоты (II фаза цикла).

Немедикаментозное лечение. См. *Болезнь поликистозных яичников. Немедикаментозное лечение ДМК*.

2. Коррекция нарушенной продолжительности фаз при овуляторном менструальном цикле. К овуляторным ДМК относят такие нарушения, при которых менструальная функция сохранена, но имеется изменение продолжительности фаз овуляторного цикла и бесплодие.

Укорочение фолликулиновой фазы. Цель — временное торможение овуляции. Показания к гормональному лечению: 1) повышенная менструальная кровопотеря; 2) наличие бесплодия. *Фармакотерапия.* В большинстве случаев больные получают симптоматическое лечение. Гормональное лечение осуществляют эстрогенами и СПП. Эстрогены назначают в следующих режимах: внутрь до 5—10 мг/сут. через день начиная со 2-го по 6-й день менструального цикла; или по 25 000—30 000 ЕД в/м на 6, 8, 10-й день цикла, или по 2000—3000 ЕД ежедневно в течение всего менструального цикла. Синтетические прогестины применяют в циклическом режиме. При сочетании укорочения первой фазы с гипоплазией матки

используют 0,02 мг микрофоллина с утеротониками за 4—5 дней до менструации. Одновременно на протяжении всей фазы назначают фолиевую кислоту — по 5—10 мг/сут.

Немедикаментозное лечение. Наиболее часто из аппаратной физиотерапии применяют электрофорез с 2 %-м р-ром сульфата меди (10 сеансов, начиная с 5-го дня менструального цикла).

Укорочение лютеиновой фазы. Цель терапии — восполнение дефицита гестагенов, профилактика инволюции желтого тела. *Фармакотерапия.* Прогестерон — по 1 мл 1 %-го р-ра в/м с 18-го по 25-й день цикла или по 3 мл 1 %-го р-ра на 21, 22, 23-й день менструального цикла; 17-ОПК — по 1 мл 12,5 %-го раствора в/м на 18-й день цикла или за 10—12 дней до ожидаемых месячных; прегнин — по 30 мг/сут. под язык ежедневно в течение 6—7 дн. с 18-го по 24-й, 25-й день цикла. Можно сочетать 20 мг прогестерона с 2 мг эстрадиола дипропионата (эстрон 10 000 ЕД), 2—3 инъекции через день, спустя неделю после овуляции (через 3—5 дн. после подъема базальной температуры), или 10 мг прогестерона в сочетании с 1 мг эстрогенов за 3 дня до ожидаемой менструации в течение 6—7 дн. Хориогонин назначают по 1500 ЕД в/м с 14-го дня менструального цикла в течение 3 дн., затем с 18-го по 25-й день — по 500 ЕД через день; профази — по 1 ампуле (1000 ЕД) в/м ежедневно на протяжении последней недели, предшествующей очередной менструации; кломифен — по 4 табл. в день с 19-го по 25-й день менструального цикла или по 1 ампуле в/м на 21, 23, 25-й дни цикла; СПП (ригевидон, нон-овлон) — по 1 табл. в день с 15-го по 25-й день менструального цикла. При сочетании НЛФ с гиперпролактинемией показан парлодел — по 1,25 мг (1/2 табл.) 2—3 раза в день, дозу постепенно увеличивают до 5 мг (1 табл. 2 раза в день), длительность лечения не более 6 мес. Допустимо употребление индивидуально подобранных доз нестероидных антиэстрогенов (кломифен, клоmid, клостилбегит). Агонисты дофамина (левопа, L-Дофа) показаны при сочетании НЛФ с психическими нарушениями. Назначают внутрь после еды, начиная с 0,25 г с постепенным увеличением дозы до 4—6 г (в 3—4 приема). Препарат высвобождает ЛГ и ФСГ.

Обязательным компонентом лечения являются витамин Е — по 50—60 мг/сут. и аскорбиновая кислота — по 0,5 г ежедневно или через день.

При отсутствии эффекта от длительного применения гормональной терапии при НЛФ центрального генеза показано воздействие на нейромедиаторный обмен: с 5-го по 10-й день менструального цикла назначают изадрин —

по 0,0025—0,0075 г с максимумом на 7—8-й день; во второй четверти цикла (с 10-го по 14-й день) — α -адренорецепторный стимулятор фетанол по 0,01 г. Для усиления эффекта терапию дополняют amitриптилином (0,01—0,025 г) или имизином (0,01—0,025 г); в середине цикла для блокады серотониновых рецепторов возможно применение ципрогептадина — по 0,004 г 1 раз в день. Курс лечения — 2 мес. Если за два цикла лечения не последовало улучшение второй фазы, дополнительно назначают гестагены (норколут). Сохранение НЛФ в течение 3—5 лет после описанной схемы, с 10-го дня менструального цикла дополнительно проводят эстрогенизацию — назначают микрофоллин от 0,000025 до 0,0001 г с максимумом на 11, 12-й день цикла. Продолжительность лечения 4—5 циклов, затем перерыв 3 менструальных цикла и вновь повторение курса. На фоне стимуляции α -адренорецепторов допустимо использование парлодела.

Немедикаментозное лечение. Наиболее широко показан во вторую фазу цикла электрофорез СМТ с 2 %-м р-ром сульфата цинка; различные виды рефлексотерапии (ИРТ, ЛРТ).

Недостаточность первой и второй фазы менструального цикла. Лечение должно быть направлено на их коррекцию. *Фармакотерапия.* Циклическую гормональную терапию проводят по общепринятой методике: эстрадиола дипропионат — по 1 мл 0,1 %-го р-ра в/м на 8, 10, 12, 14-й день менструального цикла; прогестерон — по 3 мл 1 %-го р-ра в/м на 21, 23-й дни цикла или эстрадиола дипропионат — идентично; 17-ОПК — по 2 мл 12,5 %-го р-ра в/м на 16-й день менструального цикла; синтетические прогестины (однофазные, бифазные, трехфазные) — в циклическом режиме в течение 3 мес., затем с 15-го по 25-й день цикла еще в течение 3 мес.

Немедикаментозное лечение. Циклическая физиотерапия (электрофорез по фазам цикла) на фоне цикловой витаминотерапии, а также дифференцированная лазер-пунктура или ИРТ.

Удлинение лютеиновой фазы (гиперлютеинизм, персистенция желтого тела). Терапию начинают с выскабливания матки (лечебно-диагностическое значение). Гормональная терапия показана при повышенной кровопотере. *Фармакотерапия.* Применяют следующие схемы гормональной терапии: эстрогены — с 1-го по 25-й день цикла в постоянно убывающей дозе; эстрогены и прогестерон в соотношении 1:10 — с 5-го по 25-й день цикла; андрогены (женщинам старше 45 лет) — по 5 мг

метилгестостерона под язык 2 раза в день с 14-го по 28-й день цикла (вторая фаза).

Межменструальные кровотечения. Лечение определяется причинным фактором (воспалительные процессы, опухолевый фактор — миома матки, аденомиоз, полипоз матки, гиперплазия эндометрия, нарушение кровообращения общего и местного характера, нарушение функции щитовидной железы, психогенные моменты). **Фармакотерапия.** Включает противовоспалительное и симптоматическое лечение, гормональную терапию в соответствии с имеющейся патологией. При обильном кровотечении наиболее часто показана гормонотерапия: эстрон (фолликулин) — по 10 000—20 000 ЕД/сут. накануне овуляции и в течение 2—3 последующих дней; при значительной гиперэстрогении предшествующей овуляции или сопровождающей ее (особенно в возрасте после 35 лет) — андрогены в дозе 25—50 мг/сут. 1—2 раза в день за 4—5 дн. до срока овуляции.

Немедикаментозное лечение. Проводят в строгом соответствии с причинным фактором.

Пункты 3, 4, 5 лечения 3-го этапа не отличаются от предыдущих этапов.

1.18. ЮВЕНИЛЬНЫЕ (ПУБЕРТАТНЫЕ) ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Это одно из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний у девочек школьного возраста. Лечение комплексное, этиопатогенетическое, индивидуальное. Цель и задачи терапии: гемостаз, нормализация общего здоровья больной, регуляция менструальной функции. Основные факторы учета при составлении плана лечения: предполагаемая причина кровотечения, его сила и длительность; степень астенизации и анемизации больной; гормональный фон девочки; наличие сопутствующей патологии. Методы терапии подразделяют на консервативные и хирургические. Консервативное лечение включает негормональные воздействия (симптоматические и физические) и гормональные. Независимо от способа терапии общее лечение у всех больных предполагает: режим дня, отдыха, питания; устранение умственного и физического переутомления, стрессовых ситуаций; лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у смежного специалиста.

Фармакотерапия. Основным показанием к негормональному лечению является компенсированное состояние подростка.

Симптоматическое лечение. Эффективно лишь у 43 % больных и носит этапный характер.

1-й этап. Состоит из гемостаза, коррекции анемии, повышения антитоксической функции печени. Утеротические средства (любые) показаны с целью гемостаза в период кровотечения и в течение 3 дней после него. Эффективность часто небольшая из-за нечувствительности организма. Обязательным компонентом симптоматического лечения являются: кровоостанавливающие и укрепляющие сосудистую стенку средства (препараты кальция, викасол, дицинон, ЭАКК), витамины (группы В, С, Р, Е, фолиевая кислота), антигистаминные препараты (при аллергическом и инфекционно-токсическом фоне), иммуномодуляторы (метацил, апилак), отвары и настои трав, кислородные коктейли. Лечение анемии (феррум-дефицита) проводят препаратами железа и другими микроэлементами.

Основные показания к инфузионной терапии: 1) наличие анемии в сочетании с нарушением общего состояния больной; 2) абсолютная величина гемоглобина крови 80 г/л, гематокрита не выше 0,26 л/л. Вышеописанное лечение на первом этапе наиболее эффективно: а) у младших подростков в первый год становления менструальной функции; б) при кровотечениях со сниженным (умеренным) количеством эстрогенов. Терапия менее эффективна при рецидиве кровотечения, опережении темпов полового развития, базофилизме, гиперандрогении.

Для повышения антитоксической функции печени назначают спленин — по 1 мл в/м в течение 10—15 дн., легалон — по 1 табл. 3 раза в день в течение 20—30 дн. В комплекс лечения входят липотропные (липовая кислота, метионин, липамид), желчегонные средства. Инсулин применяют по следующим схемам. *Схема 1.* Подкожно 4—5 ЕД 1 раз в день в течение 20—30 дн. с предварительным пероральным употреблением накануне инъекции сладкого чая. *Схема 2.* Первоначальная доза инсулина 2 ЕД, ежедневно ее увеличивают на 2 ЕД, доведя до 10 ЕД, с обратным снижением дозы до 2 ЕД. При инъекции больной дают 2 куска сахара-рафинада.

2-й этап. Направлен на профилактику рецидива кровотечения, нормализацию менструальной функции: витамин Е (токоферола ацетат) назначают в течение 2 мес. в дозах: девочкам 11—14 лет — 30 мг, 15—18 лет — 50 мг; вегетотропные средства (беллатаминал, беллоид, белласпон) — 2 нед. — 3 табл., 2 нед. — 2 табл., 2 нед. — 1 табл. на ночь. Отвары и настои трав применяют по 200 мл в день во время менструации.

Гормональное лечение. Основные показания: 1) необходимость немедленного гемостаза (профузное кровотечение в сочетании с анемией); 2) показатели гемограммы — гемоглобин менее 80 г/л; 3) отсутствие эффекта от негормонального лечения (симптоматического, немедикаментозного); 4) рецидивирующее течение заболевания. При выборе программы гормональной терапии у девочки с ЮДМК учитывают форму кровотечения, общее состояние, длительность и интенсивность геморрагии.

Варианты гормонального лечения.

Эстрогены. Показаны девочкам до 15 лет при наличии анемии, когда кровотечения наступают с первых месячных или на первом году их становления. Обычно это однофазные циклы со сниженной эстрогенобразовательной функцией яичников. Для гемостаза используют фолликулин — по 5000—10 000 ЕД в/м через каждые 2 ч 4 раза в сутки (всего 40 000 ЕД) до гемостаза или микрофоллин — по 0,05 мг (1—3 табл. в день) также до гемостаза. Поддерживающая терапия является обязательной, так как на спад гормонов вновь возникнет кровотечение. Для этого суточную дозу (40 000 ЕД) фолликулина после гемостаза снижают индивидуально на 5000—10 000 ЕД ежедневно до поддерживающей дозы (5000 ЕД/сут.) или суточную дозу микрофоллина (3 табл.) — до 1 табл. (0,05 мг) в сутки. Длительность поддерживающей терапии — 21 день, как при использовании одних эстрогенов для лечения, так и в сочетании их с гестагенами.

Эстрогены в сочетании с гестагенами (последовательно). Показаны при отсутствии анемии и достаточной трансформации эндометрия. Назначают, как и для поддерживающей терапии. С 13-го дня лечения параллельно эстрогенам применяют в течение 3 дн. любой гестаген (прогестерон — 10 мг/сут., прегнин — 30 мг/сут., норколут — 5 мг/сут., ацетомепрогенола ацетат — 0,5—1 мг/сут.). С 16-го дня лечения на протяжении 7 дн. используют только указанные гестагены (в тех же дозировках, но без эстрогенов). 2-й этап лечения также направлен на профилактику кровотечения: назначают 1—2 курса циклической гормональной терапии.

Синтетические прогестины (СПП). Показаны при отсутствии эффекта от ударных доз эстрогенов девочкам, страдающим ЮДМК при наличии гиперандрогении и опережении темпов полового развития. На 1-м этапе назначают по 1—2 табл. (при тяжести до 3—4 табл.) до наступления гемостаза, далее дозу постепенно снижают до 1 табл. Курс до 21 дня. Если на 10, 12-й день возникает кровотечение прорыва, дозу увеличивают до 2 табл., а

после исчезновения кровей опять переходят на 1 табл.; лечение продолжают, как обычно, в течение 21 дня. На 3-м этапе показаны 2—3 курса профлечения СПП в одном из вариантов: а) с 5-го дня менструального цикла в течение 21 дня применяют 1 табл. в день; б) если после гемостаза и окончания лечения (1-й курс) менструация прошла нормально, можно использовать укороченную схему не с 5-го дня цикла, а с 16-го — по 1 табл. в день ежедневно в течение 10 дней для профилактики гиперторможения в системе ГНС; в) можно использовать оргаметрил — по 2 табл. в день в течение 10 дней до гемостаза, с последующим назначением по 1 табл. в день с 10-го по 25-й день цикла в течение 4 мес. Если кровотечение после 10 дн. не останавливается, лечение продолжают (по 1 табл. без перерыва в течение 3 мес.).

При гипозестрогении в сочетании с общим и половым инфантилизмом для повышения функциональной активности яичников вводят биологически активное вещество (цитосыворотку) — прооварин подкожно 1 раз в 3 дня в дозе 0,75; 0,6; 0,3 мл. В комплекс лечения при ЮДМК с гипозестрогенией должен входить аналог серотонина — мексамин (гемостатическое, утеротоническое средство) — по 0,05 г/сут. в течение 6—7 дн. При этом гемостаз наступает в интервале от 2 до 7 дн.

Табл. 15. Зависимость терапии ЮДМК от экскреции 17-КС

Экскреция 17-КС	Нормальная	Низкая	Повышенная
Лечебные воздействия	Симптоматическое лечение; рефлексотерапия	Различные виды рефлексотерапии: ИРТ, ЛП; влажная гипотермия	Гормонотерапия (эстрогены) до гемостаза — по 10 000 ЕД через каждые 2 ч, далее поддерживающее лечение в постепенно снижающихся на 5000—10 000 ЕД дозах, курс длится 21 день

При проведении лечения ЮДМК целесообразно учитывать экскрецию 17-КС. Варианты врачебной тактики указаны в табл. 15. При склерополикистозной дегенерации яичников у девушек для достижения гемостаза (1-й этап) в период кровотечения показан весь лечебный комплекс с последующей стимулирующей терапией (2-й этап). При нарушении менструальной функции типа опсоменорси используют стимулирующее лечение. Основные компоненты лечебного комплекса: аскорбиновая

кислота — по 0,1—0,2 г/сут. (1—2 мес.), витамин Е — по 100 мг через день в течение 2 мес., через 4—6 мес. курс повторяют 2—3 раза до стойкой нормализации цикла; верошпирон — по 25 мг 2—3 раза в день с 15-го дня цикла от начала менструации в течение 10 дн.; взвесь плаценты — по 2 мл п/к 1 раз в неделю, всего 4 инъекции, с проведением 3 курсов лечения через 2 мес.; витамины группы В — среднестерапевтические дозы; ферменты — ронидаза в виде электрофореза, лидаза в/м или электрофорез; электрофорез стекловидного тела — 10—15 процедур.

Наиболее эффективна стимулирующая терапия при начальной стадии заболевания. При отсутствии эффекта от лечения в течение 6—12 мес. показано хирургическое вмешательство (клиновидная резекция яичников с ретроградной гидротубацией маточных труб).

Немедикаментозное лечение. Показано для терапии ЮДМК с низким (умеренным) содержанием эстрогенов независимо от характера полового развития. Выступает как самостоятельный вид терапии или как компонент комплексного лечения. Противопоказания к негормональному лечению делят на абсолютные (профузное кровотечение, новообразования) и относительные (гиперэстрогения, гиперандрогения). Основные виды используемого физиотерапевтического лечения: электрофорез с 0,25—0,5 — 1 %-м р-ром сульфата цинка на низ живота (14 процедур), со стекловидным телом (при СПКЯ); эндоназальный электрофорез с 2—3 %-м р-ром кальция, витамином В₁ (5—6 сеансов в 1-ю фазу цикла); шейно-лицевая гальванизация с цинком через день (6—7 процедур во 2-ю фазу цикла); гальванический воротник (по А. Е. Щербаку) с кальцием, бромом (12—15 процедур).

Широко применяют различные виды рефлексотерапии (ИРТ, ЛП). При проведении лазерпунктуры за сеанс воздействуют на 6—8 ТА, длительность 10—30 с ежедневно. Акупунктурный рецепт индивидуален с учетом клинического течения. Основные ТА: F2, F3, F8, RP1, RP6, RP8, C12, G14, J2, J3, J4, J6, J7, E25, E36, T4, MC6, R7, R2, R6, R11 — R14, V25, V31, V32, V33, V60. Локальную влагалищную гипотермию осуществляют аппаратом «Гипотермогенератор церебрального типа». Охлажденный наконечник подводят к шейке матки (всего на курс 6—10 процедур). Немедикаментозная терапия способствует повышению эффективности лечения, профилактике рецидивов кровотечения.

Хирургическое лечение. Выскабливание матки с целью остановки кровотечения — при неэффективности всех известных методов терапии. Проводят только после

соответствующего юридического оформления или с согласия родителей и обязательно после обкальзывания девственной плевы раствором ферментов (64 ЕД лидазы) и под адекватным обезболиванием (наркоз).

1.19. МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ, КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ

Тактика лечения больных определяется причиной кровотечения, возрастом женщины, наличием сопутствующих соматических заболеваний.

Фармакотерапия. Показания: 1) гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) при отсутствии другой внутриматочной патологии; 2) сочетание ГПЭ с небольшими интрамурально-субмукозными узлами миомы матки и единичными очагами аденомиоза; 3) рецидив кровотечения при условии предшествующего (3—6 мес. назад) выскабливания полости матки и исключение органической природы заболевания, либо при наличии данных аспирационной биопсии эндометрия к началу гемостаза.

Основные условия для проведения этиологически и патогенетически обоснованной терапии: уточнение диагноза и исключение органической природы заболеваний как причины кровотечения; правильный выбор препарата, определение дозы и длительности его применения в соответствии с возрастом больной, с тем чтобы лечение проводилось с учетом гормонального гомеостаза, показаний и противопоказаний к применению препарата; проведение в течение всего периода наблюдения и лечения контроля за клиническим течением заболевания с использованием ТФД. Они позволяют выбрать дозу препарата, длительность терапии, выявить ранние признаки органических и экстрагенитальных заболеваний.

Коррекция обменно-эндокринных нарушений (ожирение, гипергликемия, гипертензия): диетический режим с ограничением животных жиров, поваренной соли, жидкости, углеводов; гипохолестеринемические вещества (полиспонин, цетамифен, мисклерон) — по 1—2 табл. (капсулы) 2—3 раза в день длительно (с 20—30 дн. до 3 мес.); гипопопротеинемические препараты (линетол — по 1 ч. ложке 3 раза в день, арахиден — по 1 табл. 3 раза в день); липотропные вещества (метионин, холин-хлорид); коррекция гипотиреоза (тиреоидин короткими курсами); витаминотерапия (А, С, В₆); гипотензивная, антианемическая терапия; улучшение функции печени, поджелудочной железы.

Гормональная терапия. Цель и этапы: 1) гемостаз; 2) регуляция менструального цикла, профилактика

рецидивов кровотечений; 3) искусственный меностаз. Условия проведения гормонотерапии: не применять гормональный гемостаз без предварительного отдельного выскабливания матки и гистологической верификации диагноза; по возможности ограничить использование эстрогенсодержащих препаратов; дозу и схему применения гормонов определяют исходя из возраста, цели, характера гиперпластического процесса, динамики ТФД, противопоказаний к гормонам.

1-й этап. Гемостаз имеет следующие показания: 1) отсутствие эффекта от симптоматических средств, необходимость выполнения гистеросальпингографии (ГСГ) для уточнения диагноза; 2) перенесенное 3—6 мес. тому назад по поводу маточного кровотечения отдельное выскабливание матки с гистологией соскоба; 3) необходимость быстрого гемостаза, когда выскабливание противопоказано (гноевидные выделения из половых путей, воспалительные заболевания матки и ее придатков, подозрение на субмукозную миому матки, изменения в крови в виде лейкоцитоза, ускорения СОЭ, соматические заболевания — пиелонефрит, тромбофлебит при патологической гемостазиограмме). Основные применяемые препараты: гестагены, но с учетом показаний, условий, клинического течения, недостатков (используют не часто); СПП с низким содержанием эстрогенов (ригевидон, минизистон, микрогинон, гравистат, демулен, норинил); андрогены; комбинация гормонов: эстрогены + гестагены или эстрогены + гестагены + андрогены в виде «двойного» или «тройного» шприца.

2-й этап. Направлен на профилактику кровотечения (рецидивов). Основные факторы в выборе метода гормонального воздействия на данном этапе: возраст женщины, гормональная насыщенность, переносимость гормонов.

Гестагены используют в возрасте до 48 лет. Показания: после диагностического выскабливания, гормонального гемостаза и гормональной коррекции СПП в течение одного месяца. Основные препараты: норколут — по 5 мг в те же дни и в течение такого же времени, как при нормальном менструальном цикле (6—8 дн. с 18-го — 20-го дня создаваемого цикла). Лечение продолжают от 6 мес. до 1—2 лет при возрасте 48—50 лет, конечная цель — стойкое прекращение менструальной функции; прогестерон — используют в основном вместо норколута при наличии к последнему аллергических реакций или противопоказаний: по 1 мл 1 %-го р-ра ежедневно в течение 6—8 дн. или по 1 мл 2,5 %-го р-ра в/м через день, всего

3—4 инъекции; прегнин — по 30 мг/сут., идентично норколуту по срокам и длительности применения. Необходимо помнить об обязательной менструальной реакции на лечение. При неадекватных кровянистых выделениях на гестагены показано дообследование (эндоскопические методы), изучение особенностей гемостаза, выяснение функции печени. Критерием необходимости продолжения лечения гестагенами является положительный симптом «зрачка» на 18—20-й день цикла. Отсутствие слизи в канале шейки матки — показание к отмене гестагенов (из-за возможной активации собственного желтого тела). В случае сохранения, несмотря на лечение по ТФД, гиперэстрогении — необходимо также уточнение диагноза (исключение гормонопродуцирующей опухоли яичника).

17-оксипрогестерона капроат (17-ОПК) имеет следующие фармакологические особенности: не оказывает гемостатического эффекта; усиливает кровотечение вследствие «расслабления» матки прогестероном; обладает пролонгированным клиническим эффектом. Назначают больным с отсутствием реакции половой системы на гистамин (усиление кровотечения, аллергические реакции и др.); дозы, длительность лечения, интервалы между курсами определяются индивидуально в зависимости от характера кровотечения и фона, на котором оно возникает. Схемы применения: 17-ОПК вводят по 125—250 мг в/м на 14, 17, 21-й день после выскабливания матки и затем в те же дни «цикла» в течение 6 месяцев. Метод приемлем для терапии женщин в возрасте 45—48 лет. При выраженной гиперэстрогении 17-ОПК назначают по 1 мл 12,5 %-го р-ра в/м через день в течение 2—3 нед. до исчезновения феномена «зрачка», отсутствия в гормональной кольпоцитологии ороговевающих клеток. Затем интервалы между инъекциями постепенно увеличивают: вначале 2 раза в неделю (в течение 2—4 нед.), затем 1 раз в 4—5 дн. и далее 1 раз в 3—4 нед. Критериями отмены лечения 17-ОПК служат: аменорея не менее года; уменьшение размеров матки; стойкое отсутствие слизи в канале шейки матки; атрофический тип мазка в кольпоцитогамме.

Искусственный менопауз показан женщинам старше 48 лет и проводится 17-ОПК в нескольких режимах: в течение 6 мес. — по 2 мл (250 мг) 12,5 %-го р-ра в/м непрерывно 2 раза в неделю, 4 мл (500 мг) 12,5 %-го р-ра 3 раза в неделю в течение 6 мес.; при наличии противопоказаний к операции и атипической гиперплазии эндометрия — по 4 мл (500 мг) 2 раза в неделю независимо от возраста в течение 8—12 мес. под контролем состояния эндометрия.

Синтетические прогестины. При климактерических ДМК пригодны микропилюли как для гемостаза, так и для профилактики рецидивов кровотечения. Показания к применению — признаки выраженной гиперэстрогении (кровь с примесью слизи, увеличение матки, высокий КПИ, гиперплазия эндометрия). Схема гемостаза идентична ДМК в репродуктивном возрасте. После окончания лечения СПП в течение 21 дня следует менструальноподобная реакция (4—6 дн.). Последующие 1—2 курса терапии проводят по 21-дневной схеме. Если менструальноподобная реакция будет закономерной, переходят на укороченные курсы (1 табл. в день с 18—20-го дня создаваемого цикла в течение 6—8 дн.). Длительность лечения составляет 1,5—2 года. Обязателен контроль по феномену «зрачка», кольпоцитологии. Главное условие терапии — закономерная менструальноподобная реакция после каждого курса лечения.

Возможные варианты клинической ситуации и тактика при них: при отсутствии закономерной менструальноподобной реакции показано дообследование, уточнение диагноза, исключение опухолей гениталий, выбор дальнейшего лечения; при закономерной регулярной менструальноподобной реакции в каждом курсе лечения последний проводят до полного ее прекращения. При этом постепенно (через 1—1,5 года) исчезает слизь в цервикальном канале, шейка становится сухой, КПИ равен нулю. Примерно через 2 года появляется атрофический тип мазка в кольпоцитогамме. Если спустя 1,5—2 года не возникает атрофический тип мазка, показано профилактическое лечение циклами по 6—8 дн. (с интервалами в 2—3 мес.), всего 2—3 профилактических курса гормонотерапии, иногда длительно.

Андрогены. Применяют как с целью гемостаза (редко), так и с профилактической целью. Задачи терапии: добиться быстрого гемостатического эффекта; вызвать гипо-, атрофические изменения в половых органах. Андрогены не являются препаратами выбора при гиперпластических процессах из-за слабого влияния на митотическую активность эндометрия, метаболизации в жировой ткани в эстрогены. Показания: непереносимость гестагенов для лечения; выраженная гиперэстрогения; железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (ЖКГЭ); увеличение размеров матки; возраст женщины старше 48—52 лет. Противопоказания к андрогенам идентичны гестагенам, а также гипертензия, ожирение, отеки, акне, гирсутизм, задержка жидкости, увеличение массы тела.

В клинической практике используют две схемы гемостаза андрогенами в пременопаузе. *Схема 1.* Применяют большие дозы (5 %-й р-р) по следующей методике:

Сутки	Доза, мл	Число инъекций
1-е	1	3
2-е	1	2
3-е	0,5	2
4-е	0,25	2
5-е	0,25	1

Схема 2. Используют умеренные дозы (2,5 %-й раствор): в 1-е сутки — 3 инъекции в/м (по 1 мл) через 2—3 ч; 2—3-е—2 инъекции (по 1 мл) через 12 ч; далее по 1 мл в/м 2,5 %-го р-ра ежедневно в первую неделю, постепенно увеличивая интервалы между инъекциями до 1 в 7—10 дн. или даже в 15—20 дн. Доза на курс составляет 450—600 мг. После лечения слизь в шейке матки исчезает спустя 3—4 нед., постепенно формируется атрофический тип мазка. При рецидиве кровотечения для уточнения диагноза показано диагностическое выскабливание (раздельное) и другие виды исследования. Схемы искусственного меностаза андрогенами: метилтестостерон — по 50 мг/сут. под язык в течение 2 нед., затем по 30 мг/сут. — еще 6 нед. и по 10 мг/сут. — в течение 2 мес. Терапия длится 3,5 мес., доза на курс составляет 0,5—0,6 г. Указанную методику можно применять после пролонгированных андрогенов (3-й этап); тестостерона пропионат — по 25 мг в/м 3 раза в неделю в течение 1 мес., затем — по 25 мг 2 раза в неделю еще 6—8 нед. и по 10 мг 1 раз в неделю в течение 2 мес. Доза на курс — 750 мг (13 инъекций); 2,5 %-й р-р тестостерона пропионата вводят исходя из курсовой дозы — вначале 2 раза в неделю, затем — 1 раз, далее — 1 раз в 2 нед. до достижения полной курсовой дозы; 5 %-й р-р тестостерона пропионата вводят в/м — по 1 мл 1 раз в 4—5 дн., на курс 500—700 мг (2—3 курса терапии); из андрогенов пролонгированного действия показаны сустанон-250, омнадрен-250—по 1 мл в/м 1 раз в 3—4 нед. до наступления аменореи (всего 2—3 инъекции), далее интервалы увеличивают до 8 недель. Курс лечения занимает 6—8 мес.; тестенат по 1 мл 10 %-го раствора в/м 2 раза в месяц в течение 3—4 мес. подряд.

Немедикаментозное лечение — см. ДМК.

Хирургическое лечение. Раздельное выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки с последующей гистологической верификацией диагноза

является методом выбора в лечении кровотечений в пременопаузе. Оно имеет лечебное (быстрый гемостаз) и диагностическое (позволяет выяснить форму патологических изменений эндометрия, провести дифференциальный диагноз, исключить органическую природу заболевания, выбрать правильную тактику ведения) значение. Противопоказанием к кюретажу может быть интервал в 3—6 мес. от предыдущего выскабливания матки.

Относительно широко используют криокаутеризацию (жидким азотом), лазерную деструкцию (аргоновый, неодимовый лазер) эндометрия, особенно при наличии противопоказаний к другим видам терапии. Радикальное хирургическое вмешательство (надвлагалишную ампутацию, экстирпацию матки) производят по следующим показаниям: абсолютные — аденокарцинома эндометрия; атипичная гиперплазия эндометрия в сочетании с аденоматозом, миомой матки любой локализации, увеличением размеров яичников; подслизистое расположение узлов миомы матки; множественные очаги или узловатая форма аденомиоза; сочетание аденомиоза с миомой матки при отсутствии гиперпластических процессов эндометрия; относительные — рецидивирующая ЖКГЭ и (или) рецидивирующие полипы у женщин с обменно-эндокринными заболеваниями (ожирение, сахарный диабет, гипертензия).

В комплексном лечении целесообразно использовать поливитамины (ундевит), препараты йода — внутрь в виде калия йодида (0,25 %-й р-р) по 1 ч. ложке 3 раза в день после еды или электрофорез с 1 %-м р-ром калия йодида (всего 15 процедур) и (или) метод Грамматикати в любом варианте.

2

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

2.1. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Относится к часто встречающейся патологии, при этом воспаление влагалища может сочетаться с воспалением наружных половых органов (вульвовагинит). Цель лече-

ния — устранение воспалительных изменений влагалища, обусловленных грамположительной, грамотрицательной флорой, ассоциацией анаэробной флоры и (или) гарднерелл. Задачи лечения: ликвидация патогенного возбудителя; восстановление нарушенных функций макроорганизма женщины (терапия сопутствующих заболеваний, коррекция функциональных нарушений); стимуляция защитных и приспособительных механизмов — местных (вагины) и общих (целостный организм).

Фармакотерапия. Общее лечение включает соблюдение личной гигиены, проведение мероприятий, как при контактных инфекциях, передающихся половым путем (половое воздержание, обследование и лечение полового партнера, диетические меры).

Этиотропное лечение. Целесообразно учитывать характер микрофлоры влагалища и ее чувствительность к антибактериальным препаратам. Методом выбора является назначение метронидазола (клиона) — по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дн. В случаях недостаточной эффективности или как самостоятельный способ допустимо использование сочетания ампициллина — по 500 мг 4 раза (внутрь, вагинально) с доксициклином (амоксциклином) — по 0,2 г/сут. (1-й день), далее по 0,1 г/сут. в течение 7—10 дн. Другие антибиотики (внутрь, парентерально, местно) показаны только при чувствительном к ним возбудителе и упорном течении заболевания, лечение не должно быть длительным. Из антибактериальных препаратов назначают хлорофиллипт (1 %-й спиртовой и 2 %-й масляный р-ры) местно; димексид (30—50 %-й водный р-р) местно для спринцеваний или для тампонов по прописи: димексид (100 %-й) — 5,0 г, сок алоэ — 25,0 г, вазелин и ланолин (поровну) — 70,0 г. Для влагалишных тампонов используют мазь, которую закладывают на 8—12 ч.

Коррекция гипофункции яичников. Обязательна на всех этапах терапии. Микрофоллин вводят во влагалище в небольших дозах — по 0,05 мг — 0,1 г в первую фазу менструального цикла (в течение 10—15 дн.), затем назначают в той же дозе 2 раза в неделю на протяжении 2 мес. Целесообразно сочетание эстрогенов с витаминными и антибактериальными средствами по прописи: эстрадиола дипропионат (2 %-й р-р) — 1,0 мл, эмульсия стрептоцида (5 %-й р-р) — 20,0 г, каротолин — 10,0 г, масло персиковое (растительное) — 20,0 мл. Мазь для смазывания стенок влагалища в течение 7—10 дн.

Нормализация pH влагалища показана после стихания острых воспалительных явлений. Для этого используют:

спринцевания в домашних условиях сывороткой коровьего молока (7—10 дн.), молочной кислотой (1 ч. ложка на 1 л теплой воды), борной кислотой (идентично) — ежедневно в течение 7—10 дн.; влагалищные аппликации — 5 мл гель-лактата с рН 3,5 или бифидум-, лактобактерин (флаконная форма) — интравагинально по 5—6 доз 1 раз в день в течение 5—8 дн., или смесь «Нарине». Наиболее целесообразно использование двухэтапного метода лечения: метронидазол — внутрь и молочную кислоту — местно; метронидазол в сочетании с лакто-, бифидумбактерином.

Витамины, антигистаминные препараты назначают при кольпитах только по соответствующим показаниям. Стимуляторы репаративных процессов влагалищного эпителия чаще используют в различных комбинациях по следующим прописям: сок каланхоэ — 40,0 г, фуразолидон — 0,25, новокаин — 0,25, ланолин — 60,0 г (для влагалищных тампонов на 8 ч в течение 15 дн.) или димексид (100 %-й) — 35,0 г, фурацилин (1:5000) — 65,0 г, тетраолеан — 0,3 г, тримеканин — 1,0 г (для обработки стенок влагалища, улучшения трофики тканей, анальгезии), или мазь Волкова: камфора тертая — 0,8 г, инсулин — 200 ЕД, р-р глюкозы (40 %-й р-р) — 20,0 г, рибофлавин (0,02 %-й р-р) — 2,0 г, аскорбиновая кислота (5 %-й р-р) — 4,0 г, ланолин — 80,0 г (для влагалищных тампонов). В современных условиях более предпочтительно применение для терапии эмульсий вместо мазей. Например: лизоцим — 0,4 г, масло вазелиновое — 24,5 г, ланолин — 5,0, или хлоргексидина биглюконат — 2,0—4,0 г, масло оливковое и растительное (поровну) — по 2,0 г, вода дистиллированная — до 1000 мл (для влагалищных ванночек, аппликаций). Местное лечение при вагинозе можно применять в различных видах: теплые сидячие ванночки с вяжущими, антисептическими, дезодорирующими средствами или подмывание наружных половых органов указанными растворами; влагалищные спринцевания в острой стадии дезинфицирующими растворами (перманганат калия, ромашка, шалфей, ротокан, рекутан, хлорофиллит, грамицидин и др.); влагалищные ванночки и аппликации мазей, эмульсий (антибактериальные, бактерицидные, витаминные, гормональные).

Немедикаментозное лечение. Аппаратная физиотерапия (см. лечение трихомоноза, хламидиоза). Методом выбора для терапии кольпитов является двух-, трехэтапная методика применения низкочастотного ультразвука: 1-й этап — озвучивание влагалища в течение 60—120 с через 2 %-й р-р перекиси водорода; 2-й —

ультразвуковой фонофорез влагалища в течение 60 с через 0,1 %-й водный р-р хлорофиллипта; 3-й (при сопутствующей патологии шейки матки) — озвучивание зоны поражения шейки матки в течение 10—15 с через 1—2,5 %-й р-р мази гидрокортизона. Курс лечения — 2—3 сеанса по 3—5 мин через 1—2 дня.

Реабилитация. Существенным этапом терапии является поддерживающее лечение: еженедельные влагалищные ванночки из настоя ромашки, шалфея, календулы, хлорофиллипта; назначение эстрогенов в первую фазу менструального цикла; витаминные препараты (хлорофиллкаротиновая паста). Длительность этапа — до 8 нед. В последующем через каждые 4—5 мес. проводят противорецидивное лечение (корректирующая гормонотерапия, лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний).

Вульвовагинит у девочек

Цель лечения — устранение воспалительного процесса гениталий девочки, повышение сопротивляемости ее организма. Лечение должно быть патогенетическим, индивидуализированным, комплексным. Во всех случаях терапия вульвовагинита складывается из комплекса общих и местных воздействий. Перечень общих воздействий включает: строгое соблюдение правил личной гигиены; режим дня и питания (исключить раздражающие вещества, обеспечить достаточное количество овощей и фруктов); лечение основного заболевания, энтеробиоза, удаление инородного тела из влагалища; санация очагов хронической инфекции; повышение резистентности организма; улучшение порозности сосудов (аскорутин, препараты кальция, галаскорбин — дозы с учетом возраста); по показаниям — десенсибилизирующее лечение.

Выделяют два вида неспецифических вульвовагинитов у девочек — бактериальный и аллергический.

Неспецифический бактериальный вульвовагинит. Фармакотерапия. Этиотропное лечение проводят антибиотиками и антибактериальными средствами после определения чувствительности к ним возбудителя. Длительность антибактериальной терапии составляет 7—10 дн. Основной способ применения — влагалищные палочки, присыпки, орошения растворами. Перед введением антибиотиков необходим тщательный туалет наружных половых органов, области ануса. Спринцевания влагалища проводят через катетер щелочами (2—3 %-й р-р натрия

бикарбоната), дистиллированной водой, изотоническим раствором натрия хлорида.

Из антибактериальных средств назначают фуразолидон в сочетании с полимиксином-М. Местно данные препараты используют в виде вагинальных палочек или порошка с лактозой, распыляемого порошковдувателем. Местное лечение применяют как компонент комплексного лечения: обмывание наружных половых органов 3—4 раза в день дезинфицирующими средствами (риванол, фурацилин, перманганат калия); сидячие теплые ванночки по 15 мин (отвар ромашки, ноготков, крапивы, чистотела) — 10,0 г на 1 л воды; лист эвкалипта — 6,0 г на 1 л воды; настой шалфея — 14,0 г на 1 л воды; 2—3 %-й р-р натрия бикарбоната — 1/2 ч. ложки на 1 стакан воды; влагалищные орошения через детский катетер (3 %-й р-р перекиси водорода, изотонический р-р натрия хлорида, слабый р-р крахмала, 3 %-й р-р лизоцима, 1 %-й р-р хлорофиллипта в разведении 1:10 на 0,25 %-м растворе новокаина, р-р цитраля 1:20 000, левосин). Общая продолжительность местных процедур 3—5 дн. В отдельных случаях ванночки и орошения влагалища дополняются мазевыми аппликациями на вульву (0,2 %-й р-р фурацилина, 10 %-й р-р цигерола, мазь каланхоэ, облепиховое масло, мазь апилака, пропоцеум, аэрозоли — гипозоль, олазоль, пантенол). Эстрогены используют в форме влагалищных палочек, присыпок, орошений, мазей. На область наружных половых органов наносят мазь, содержащую фолликулин (5000 ЕД), ланолин, вазелин — поровну по 25,0 г, или во влагалище закапывают по 3—5 капель р-ра фолликулина (1000 ЕД). Курс лечения составляет 10—15 дн. Эстрогены можно сочетать с другими веществами (норсульфазол — 0,5 г, фолликулин — 250 ЕД, борная кислота — 0,05 г, масло какао g. s.); влагалищные палочки вводят в течение 5—7 дн. Целесообразно также использование синтетических эстрогенов (сигетин, овестин — в таблетках, содержащих 1 мг эстриола) в виде присыпок или влагалищных орошений 0,5 %-м р-ром в течение 10 дней. Фуразолидон местно назначают с учетом возраста в следующих дозах: до 1 года — 0,005 г, 3—5 лет — 0,005—0,01 г, 6—8 лет — 0,015 г, старше 9 лет — по 0,02 г; полимиксин-М: до 1 года — 20 000—30 000 ЕД, 3—5 лет — 30 000—50 000 ЕД, 6—8 лет—50 000—80 000 ЕД, старше 9 лет — по 100 000 ЕД. При хроническом течении заболевания фуразолидон применяют местно (14 дн.) и внутрь (3 дня). Можно также использовать бисептол: до 5 лет (бисептол-120) — по 1 табл. 2 раза в день в течение 5 дн.; старше 5 лет (бисептол-240) — по 1 табл. 2 раза в сутки (5 дн.); метронидазол (0,25 г/сут.):

до 5 лет — 1/2 табл. 2 раза в день. Из этиотропных препаратов при вульвовагините вирусной этиологии показаны: 0,25 %-я оксолиновая мазь, человеческий лейкоцитарный интерферон в растворе (методом распыления во влагалище) в течение 15 дн. При вялотекущем воспалительном процессе, хроническом течении назначают биостимуляторы в общепринятых дозировках; при рецидивирующих или тяжело протекающих вульвовагинитах — эстрогены (см. местное лечение). У девочек с низким содержанием Т-лимфоцитов и большим количеством 0-лимфоцитов проводят иммунокорректирующую терапию левамизолом (декарис) — в течение месяца 2,5 мг на 1 кг массы тела 1 раз в сутки 3 дня подряд с 4-дневным перерывом. При развитии дисбактериоза в ответ на прием антибиотиков методом выбора является местное лечение электролитными растворами серебра, обладающего широким спектром действия: влагалищные ванночки (10—15 мин) из электролитного серебра (концентрация 20 мг/л, температура 37 °С) или закапывают во влагалище подогретое до 37 °С серебро. Курс лечения 10—12 дн.

Немедикаментозное лечение. Используют АФТ в виде общего ультрафиолетового облучения, электрофореза с 1 %-м р-ром новокаина или 10 %-м р-ром хлорида кальция на область наружных половых органов.

Неспецифический аллергический вульвовагинит. Всем девочкам независимо от типа иммунного реагирования назначают гипоаллергенную диету (серые каши на воде, вегетарианские супы, вымоченный картофель, нежирная говядина, кисломолочные продукты, отвар из сухофруктов с исключением изюма и кураги, без сахара, черный хлеб, подсолнечное масло).

Фармакотерапия. Общая десенсибилизирующая терапия в период обострения проводится двумя антигистаминными препаратами в возрастных дозировках. После исчезновения аллергических проявлений переходят на один препарат, со сменой его через 14 дн. Местное лечение включает сидячие ванночки с отваром из чистотела, крапивы, подорожника, листа брусничника, корня валерианы. Перед инстилляцией отвара влагалище в первые 4 дня промывают 4 %-м р-ром натрия гидрокарбоната. Курс лечения — 10 дн. Медикаментозная местная терапия обычно определяется типом вульвовагинита: у девочек с атопическим течением заболевания антибиотикотерапия противопоказана, а при смешанной форме — обязательна. Для этого пригодны влагалищные

палочки (левомецетин — 0,1 г, фолликулин — 25 ЕД, масло какао — 1,0 г) или инстилляций болтушки (анестезин, стрептоцид, сульфацил-натрия — по 2,0 г, подсолнечное масло — 100,0 г), мази левосина; курс лечения — 5—7 дн. Больным с трещинами, мацерациями, эрозивными участками вульвы показана мазь следующего состава: витамин А (масляный раствор) — 300 000 ЕД, витамин В₁ (6 %-й р-р) — 0,1 мл, инсулин — 10 ЕД, вазелин и ланолин — по 100 г; курс лечения — 5 дн. Затем до излечения применяют мазь: димедрол — 1,0 г, нафталан — 5,0, настойка валерианы и майского ландыша — по 10,0 мл, ланолин и тальк — по 20,0 г, цинковая мазь — 60,0 г. При выраженном зуде наружных половых органов, отеке уретровгинального угла используют противоаллергическую мазь: цитраль — 0,2 мл, димедрол — 0,2 г, ментол, новокаин и эфедрин — по 0,3 мл, 1 %-я гидрокортизоновая мазь — 2,5 г.

Сенильный кольпит

Это воспалительный процесс слизистой оболочки влагалища, развивающийся вследствие возрастного дефицита эстрогенов и процесса атрофии.

Фармакотерапия. Общее лечение осуществляют конъюгированными эстрогенами (премарин, овестин) или эстриолом — по 1 табл. (0,5 мг) 2 раза в день ежедневно, после улучшения — по 1 табл./день. Длительность терапии составляет 2—3 нед. Местное лечение включает: сидячие ванночки (фитованны с ромашкой, календулой, эвкалиптом, крапивой); спринцевания с дезинфицирующими, вяжущими, антисептическими, дезодорирующими растворами; нормализацию биоценоза влагалища; мазевые аппликации (тампоны) с лекарственными и фитопрепаратами с разным механизмом действия и разными точками приложения (витамины А, Е; биостимуляторы — алоэ, апилак, пропоцеум, актовегин, каланхоэ; рыбий жир, пантенол, масло шиповника и облепихи, ливиан, фастин-1, 2, мазь Конькова, Волкова и др.).

2.2. ВОСПАЛЕНИЕ БОЛЬШОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДДВЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА, БАРТОЛИНИТ

Дифференцированная терапия различных стадий заболевания представлена в табл. 16.

Табл. 16. Дифференцированное лечение бартолинита (схема)

Стадия заболевания	
острая	хроническая
<p>Покой. Фармакотерапия: антибактериальные средства (антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, бисептол); анальгетики (свечи с красавкой, ангипирином, цефекон); аутогемотерапия регионарная по 5—7 мл через день</p> <p>Местная терапия: криолечение (по 30—40 мин через 15—20 мин паузы; примочки с жидкостью Бурова, свищевой водой, фурацилином 1:5000, изотоническим раствором натрия хлорида (2—4 дня); при улучшении показана АФТ (КУФ-лучи, УВЧ, микроволны СМТ); при отсутствии улучшения (через 2—4 дня)—тепловые процедуры (грелки, соллюкс, лампа Минина, инфраруж) + мази аппликации (ихтиол, мазь Вишневского) до появления флюктуации</p> <p>Хирургическое лечение: при наличии абсцесса железы вскрытие, дренаж. Накануне его допустимы пункции ложного абсцесса ежедневно с аспирацией гноя, введением в полость антибиотиков, ферментов, хлорофиллипта, диоксидина. После хирургического вскрытия показаны инстилляции (каждые 2 дня) 5 %-м р-ом настойки йода. При гонорейной этиологии — соответствующее лечение</p>	<p>Лечение носит этапный характер:</p> <p><i>1-й этап</i> — немедикаментозное лечение в виде тепловых процедур (грязи, озокерит, парафин, видимое и инфракрасное излучение); ИК-лазер; фитотерапия (сидячие полуванны с ромашкой, эвкалиптом, календулой, шалфеем, корой дуба);</p> <p><i>2-й этап</i> — хирургическое удаление ретенционных кист большой железы преддверия влагалища с марсупализацией;</p> <p><i>3-й этап</i> — ранняя реабилитация: аппликации на рану повязки с димексидом, тетраолеаном, тримекаином на 5 дней</p> <p>Немедикаментозное лечение: облучение зоны раны гелий-неоновым лазером (всего 5—6 процедур) в терапевтических дозах; фонофорез через биокартан (см. <i>Эндометриоз</i>); УВЧ; ИК-лазер</p>

2.3. ЦЕРВИЦИТ

Воспалительный процесс шейки матки, локализующийся в различных слоях ее, относится к частой гинекологической патологии. Лечение неспецифического цервицита проводят одновременно с терапией фоновых и предраковых процессов в шейке матки. Цель лечения — ликвидация неспецифического воспалительного процесса, повышение факторов специфической и неспецифической защиты организма, нормализация обмена веществ, стимуляция процессов регенерации.

Фармакотерапия. Основные средства терапии — вещества, оказывающие дезинфицирующее и бактерицидное действие. В острой стадии заболевания показано этиотропное лечение (антибактериальное с учетом чувстви-

тельности микроорганизмов к антибиотикам. При хронической форме — терапия иммуномодуляторами (декарис, Т-активин, тимоген, продигиозан, диуцифон) и АФТ. Местное лечение проводят после стихания острых воспалительных явлений: спринцевания или ванночки с 1—3 %-м раствором протаргола, 1—2 %-м раствором аргентума, 3 %-м раствором перекиси водорода, ваготилом, риванолом, фурацилином (1:5000); влагалишные мазевые тампоны (антибиотики, нитрофураны, ферменты, глюкокортикоиды, антимикотические препараты); инстилляциии эмульсий в эндоцервикс левосина или следующего состава: адреналин — 0,25 мг, амидопирин (антипирин — 2,0 г, анальгин — 5,0 г), димедрол — 0,1 г, токоферола ацетат — 0,6 г, оксациллин — 0,5 г, ланолин — 50,0 г, вазелиновое масло — 80,0 г. Эмульсию вводят один раз в день через полиэтиленовый проводник в просвет цервикального канала на протяжении недели.

Немедикаментозное лечение — см. *Заболевания шейки матки*.

2.4. ЭНДОМЕТРИТ

Воспаление эндометрия встречается у женщин в острой и хронической форме.

Эндометрит острый

Это острое воспаление базального слоя эндометрия вследствие инфицирования внутренней поверхности матки. Чаще связан с осложненными родами (послеродовой) или перенесенными абортами (самопроизвольными, искусственными) — послеабортный.

Фармакотерапия. Предполагает осуществление общего и местного лечения. Общее лечение включает следующие компоненты: антибактериальная терапия (табл. 17) — используют принцип ранней терапии антибиотиками широкого спектра действия; целесообразно одновременное назначение комбинации не менее чем из двух антибиотиков в максимальных дозах с учетом чувствительности микрофлоры, выделенной из крови и полости матки; в комбинации входят полусинтетические пенициллины (6,0 г/сут.), цепорин, кефзол, цефамизин (6,0 г/сут.), канамицин (2,0 г/сут.), гентамицин (160 мг/сут.), при этом наиболее пригодны комбинации цепорин + оксациллин, ампициллин + гентамицин, левомецетин + линкомицин (табл. 18). Антибиотики дополняют сульфаниламидами (этазол в/в в виде 10 %-го раствора по 10 мл через 12 ч),

нитрофуранами (внутрь — по 0,8 г/сут., в/в — 0,1 %-й раствор фурагина капельно по 400—800 мл), метронидазолом (клион) — в/в по 100 мл каждые 8 ч со скоростью 5 мл/мин в течение 7 дн. В процессе лечения проводят обязательную коррекцию антибиотикотерапии с одновременной профилактикой кандидоза (нистатин — 2000000 ЕД/сут., леворин — 1000000 ЕД/сут.). Кроме традиционных способов используют введение антибиотиков (суточная доза) в мышцу матки через задний влагалищный свод или под эндометрий — 1 раз в сутки в течение 5—6 дней.

Табл. 17. Схемы антибактериальной терапии острого эндометрита

Антибиотик	Суточная доза, г	Схема применения
Бензилпенициллин (натриевая соль)	200000 ЕД—400000 ЕД и более	Вводят в/в через 4—6 ч
Ампициллин	6,0—10,0	В/в, в/м через 4—6 ч
Диклоксациллин	6,0	В/в через 6 ч
Оксациллин	3,0—6,0	То же
Карбенициллин	20,0—30,0	В/в через 6 ч
Цефалоспорины	4,0—6,0	В/в, в/м через 6—8 ч
Капсамин	1,0—1,5	В/м через 8 ч, в/в через 12 ч
Гентамицин	3,0—4,0 мг/кг	В/м через 8—12 ч
Сизомицин, тобрамицин	То же	То же
Тетрациклины	0,75	В/в через 8 ч
Левомицетин	2,0—3,0	Внутрь через 6—8 ч
Левомицетин-сукцинат натрия	1,0—3,0	В/в, в/м через 8—12 ч
Клиндамицин (далацин В)	1,2	В/в, в/м через 6 ч
Бисептол	1,9—2,8	Внутрь через 12 ч
Нитрофураны	0,3	Внутрь, в/в через 8 ч

Табл. 18. Схемы комбинированной антибактериальной терапии эндометрита после операции кесарева сечения

Воспалительный процесс	Суточные дозы (г) и способы введения	
	основная группа	дополнительная группа
1	2	3
Эндометрит, вызванный анаэробными ассоциациями	Клион 1,5 г внутрь или в/в в сочетании с диоксицином 60,0 г 1 %-го р-ра	При грамотрицательной аэробной флоре: канамицин 2,0 г в/м гентамицин 0,24 г в/м сизомицин 0,20 г в/м

1	2	3
Эндометрит, обусловленный анаэробной некластридиальной микрофлорой	Клион 1,5 г в/в или в/в в той же дозе в сочетании с 1 %-м р-ом диоксида в/в в количестве 90,0 г	<p>тобрамицин 0,24 г в/м амикацин 1,5 г в/в, в/м цефамизин 3,0 г в/в, в/м клафоран 3,0 г в/в, в/м линкомицин 1,8 г в/в, в/м таривид (офлоксацин) 400—800 мг внутрь</p> <p>При грамположительной аэробной флоре:</p> <p>бензилпенициллин 8,0 г в/м ампициллин 4,0 г в/м линкомицин 1,8 г в/в, в/м левомицетин 2,0 г внутрь таривид 0,4—0,8 г внутрь тетрациклин 1,0 г внутрь эритромицин 2,0 г внутрь</p> <p>Линкомицин 1,8 г в/в Клафоран 3,0 г в/в, в/м Цефокситин 3,0 г в/в, в/м Вибрамицин 0,6 г внутрь Эритромицин 0,6 г в/в Левомицин — сукцинат 4,0 г в/в (хлорамфеникол) Карбенциллилин 30,0 г в/в Бензилпенициллин до 80,0 г в/м</p>

Иммунозаместительная и стимулирующая терапия. Тимадин назначают по 10 мг 1 раз в сутки в/м в течение 7 дн.; Т-активин — по 1 мл 0,01 %-го раствора в/м 1 раз в сутки, всего 5 инъекций; гипериммунная антимикробная плазма — переливают в/в ежедневно (через день) по 250 мл (курс лечения 4—5 доз); антистафилококковый гамма-глобулин (иммуноглобулин) — в/м (в/в) через день по 5 мл (курс лечения 4—5 доз); декарис — по 150 мг через 2 дня в течение 10 дн.; тимоген — по 100 мкг в/м в течение 5—7 дн.; лейкоцитарную взвесь здорового донора переливают внутривенно через день по 300—400 мл (курс 2—3 дозы); введение полиглобулина можно сочетать с гемотрансфузией свежей крови.

Противовоспалительная терапия. Включает производные салициловой кислоты (салицилат натрия, аспирин), пиразолона (анальгин, бутадиион, амидопирин), парааминофенола (парацетамол, фенацетин), индолуксус-

ной (метиндол, индометацин), протеиновой (ибупрофен), фенилуксусной (диклофенил натрия) кислоты. Назначаются в общепринятых терапевтических дозах. К этой группе относятся стероидные вещества (глюкокортикоиды) как универсальные противовоспалительные и иммунодепрессивные препараты.

Инфузионная и детоксикационная терапия. Является обязательным компонентом комплексной терапии (табл. 19). Проводят в виде дифференцированной коррекции нарушений коллоидно-осмотического состояния.

Табл. 19. Программы инфузионной терапии при эндометрите в зависимости от коллоидно-осмотического состояния крови

Коллоидно-осмотическое состояние	Соотношение коллоидов к кристаллоидам	Программа инфузионной терапии
Компенсированное нормоонкотическое	1:1	Общий объем инфузии 1250 мл/сут.: реополиглокин — 400 мл, плазма крови — 200 мл, 10 %-й р-р глюкозы — 400 мл, р-р Рингера — 250 мл
Гиперонкотическое	1:2 1:3	Реополиглокин, р-р Рингера, р-р глюкозы (5—10 %-й), глюкозо-новокаиновая смесь)
Гипоонкотическое	2:1 3:1	Плазма человеческая, полиглокин, реополиглокин, альбумин (5—10 %-й)

Витаминотерапия, антигистаминные вещества — неотъемлемая часть терапии в среднетерапевтических дозах. Местное лечение проводят под контролем ультразвукового исследования и (или) гистероскопии.

Основные лечебные мероприятия: 1. Расширение цервикального канала с одновременным промыванием полости матки растворами антисептиков и антибиотиков. Например, для орошения полости матки используют охлажденный раствор фурацилина (1:5000) в сочетании с 3 %-м раствором перекиси водорода (10:1) или следующими растворами: димексид 100 %-й — 5,0 г, настойка календулы — 10,0 г, дистиллированная вода — 85,0 мл; димексид 100 %-й — 5,0 г, хлорофиллипт спиртовой 1 %-й раствор — 10,0 г, дистиллированная вода — 85,0 мл. Простерилизовать, использовать для внутриматочного диализа. После орошения в полость матки по катетеру вводят стерильную мазь (диоксиколь) в количестве 3—10 мл. Состав мази: диоксидин — 1,0 г, метилурацил — 4,0 г, тримеканн —

4,0 г, полиэтиленгликоль с молекулярной массой 400—72,8 г и 1500—18,2 г. Простерилизовать. После инстилляций мази (ежедневно в течение 5—7—10 дн.) рекомендуется горизонтальное положение тела в течение 2 ч.

2. Из других методов местного лечения эндометрита применяют вакуум-аспирацию полости матки, бережный кюретаж матки и длительный внутриматочный диализ. Для последнего используют охлажденные растворы антисептиков (фурацилин, эктерицид, бализ и др.) в количестве 5—7 флаконов по 500 мл, которые вводят в течение 90—120 мин (т. е. со скоростью 10 мл/мин). Проводят диализ на 4—5-е сутки после родов и на 5—6-е сутки после операции кесарева сечения. В конце диализа в полость матки вводят 20—30 мл 1 %-го раствора диоксидина или разовую дозу используемого антибиотика. Курс лечения от 2 до 5 процедур ежедневно или через день.

Закрытый промывной дренаж полости матки преследует цель избежать радикального хирургического вмешательства, а также является профилактикой развития сепсиса. После местного лечения (вакуум-кюретажа) на фоне всего комплекса интенсивной терапии за шеечный канал вводят и фиксируют уретральный катетер Фолея. Формируют закрытую систему: одну трубку катетера подключают к стерильной системе одноразового использования, вторую — к отводной трубке в закрытый стерильный флакон для собирания промывных вод. Промывной раствор — раствор Рингера с добавлением антибиотиков (100 мг на каждые 500 мл диализирующего раствора). Закрытый промывной дренаж осуществляют в течение 3—4 сут. по 10—20 капель в минуту до клинического улучшения. К гистерэктомии прибегают чаще всего при отсутствии эффекта от вышеописанного комплексного лечения спустя 7 сут. или ранее.

Немедикаментозное лечение. Наиболее часто применяют: фитотерапию; гипербарическую оксигенацию крови; вибрационный массаж; сорбционные методы детоксикации; УФОК (2,5 мл на 1 кг массы тела больной через 1—2 дня, на курс 2—3 процедуры); блокаду аминазином восходящей патологической импульсации из органов малого таза в ЦНС; ИРТ; лазертерапию. Иглорефлексотерапию проводят по схеме: кнопочные иглы вводят на 8—10-е сутки в АТ 51, АТ 58, АТ 29 в сочетании с пунктурным воздействием на ТА: G14, E36, RP6, G110, C5, VC3, VC5, VB41, VB37, VB25, VB4, V11, V27, V43, V53, V60, E25, E30, R6, R12, C7, RP14. Используют тормозной метод воздействия. Экспозиция 20—30 мин. Из методов лазерного лечения применяют лазерпунктуру гелий-неоновым

лазером (длина волны 632,8 нм), плотность мощности при воздействии на одну ТА 30—75 мВт/см². Подбор точек индивидуальный: *RP12, VC2, VC7, RP8, E25, E28, V23, V27, V28, V31*. Курс лечения 10—12 процедур. С целью иммуностимуляции целесообразно внутривенное лазерное облучение крови (3—4 сеанса) ежедневно или через день по общепринятой методике (см. *Сальвингоофорит*). После операции кесарева сечения и при эндометрите показано облучение послеоперационного рубца гелий-неоновым и инфракрасным (ИК) лазером. Возможно внутриволокнозное облучение ГНЛ через стерильный стекловолоконный световод по системе эндоскопов или контактная внутривлагалищная ИК-лазеротерапия (длина волны 0,89 мкм) с помощью специальных насадок.

Эндометрит хронический

Это хроническое воспаление функционального и неотторгающегося базального слоя эндометрия, часто с вовлечением в процесс миометрия. Цель лечения — восстановление и регуляция нарушенных функций при хроническом эндометрите (ХЭ). Задачи лечения: устранение нарушений функции нервной системы (седативные средства, витамины, десенсибилизирующие средства); нормализация сосудистой системы; регуляция функции яичников и эндометрия; проведение рациональной антибиотикотерапии, иммуностимуляции.

Фармакотерапия. Ангиопротекторы назначают в сочетании с десенсибилизирующими средствами (аскорутин — по 1 табл. 3 раза в день; глюконат кальция — 1,5 г/сут.; венорутон (троксевазин) — по 0,3 г 2—3 раза в день, антигистаминные препараты — в среднетерапевтических дозах). Рациональная антибиотикотерапия предусматривает введение антибиотиков непосредственно в очаг поражения — в толщу эндометрия во вторую фазу менструального цикла 1 раз в сутки. Разовая доза антибиотика (с учетом чувствительности микрофлоры) соответствует суточной. Курс лечения — 6—8 процедур при ежедневном введении. При выраженном фиброзе стромы эндометрия в состав лекарственной смеси включают ферменты (64 ЕД лидазы, 10 мг трипсина и др.).

Внутриматочный диализ осуществляют по общепринятой методике. В качестве диализирующего раствора применяют димексид, новокаин, ферменты, димедрол, глюкокортикоиды, настойку календулы, хлорофиллипта, диоксидин, этоний.

Симптоматическое лечение используют при кровотечении на фоне гормонотерапии (ЭАКК вводят в полость матки ежедневно по 3—5 мл в течение 5—7 дн.).

Гормональная терапия. Осуществляют в нескольких вариантах: циклическая гормонотерапия (см. ДМК) показана при ХЭ и гипофункции яичников без сопутствующей патологии (миома матки, аденомиоз); при сочетании ХЭ, гипофункции яичников и миомы матки, эндометриоза допустимо использование (женщинам после 40 лет) с 6—8-го по 16—18-й дни менструального цикла андрогенов, а с 19—20-го — гестагенов в течение 6 дней (10 мг/сут.). Длительность гормонального лечения от 2 до 6 циклов. В дни месячных на фоне гормонотерапии показана фитотерапия, симптоматические средства, обязательным является применение иммуностимуляторов.

Немедикаментозное лечение. Аппаратная физиотерапия является ведущим методом лечения больных с хроническим эндометритом. Основные физические факторы в дифференцированном лечении ХЭ представлены в табл. 20.

Табл. 20. Дифференцированная физиотерапия хронического неспецифического эндометрита

Заболевание (функциональное нарушение) и его длительность	Физиотерапия
Гормональная функция яичников не нарушена	Микроволны сантиметрового диапазона или УВЧ
до 2 лет	
более 2 лет	Ультразвук в импульсном режиме или электрофорез цинка (1 %)
Гипофункция яичников	Микроволны сантиметрового диапазона или УВЧ
до 2 лет	
более 2 лет	Ультразвук в импульсном режиме или электрофорез меди (2 %)
Наличие хронического сальпингооофорита или (и) спаечного процесса в малом тазу	Ультразвук в импульсном режиме или см. АФТ сальпингооофорита
старше 40 лет	Сочетанный электрофорез йода (5—10 %) и цинка (1 %)
Гормональнозависимые образования, не требующие оперативного лечения: миома матки, эндометриоз, мастопатия	Сочетанный электрофорез йода и цинка

1	2
Ревматическое поражение сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата: повышенная чувствительность болевой к охлаждению	Сочетанный электрофорез 2—5 %-го р-ра амидопирина и кислотного остатка салициловой кислоты (2—5 %-го р-ра натрия салицилата)
Спастический колит; хронический гепатохолецистит	Электрофорез магния (2—10 %-й р-р сульфата магнесии)

Для большей эффективности электрофореза используют импульсные токи низкой частоты: синусоидально модулированные, диадинамические, флюктуирующие токи постоянного направления. Вибрационный массаж производят аппаратом «Тонус-1» на низ живота ежедневно: продолжительность — по 5 мин, на курс 4 процедуры.

Физиобальнеотерапия. Включает лечебные грязи, озокерит, парафин («труссы», влагалищные тампоны), сульфидные ванны, орошения. Лазертерапию на низ живота проводят с помощью инфракрасного (ИК) лазера, аппараты «Узор» и АФДЛ-2, методика сканирующая, частота — 300 имп/мин, экспозиция — 128 с, курс — 10 сеансов. Гелий-неоновый лазер (длина волны 0,63 мкм, плотность мощности до 100 мВт/см²) используют в виде рассеянного пучка на рефлексогенные зоны (экспозиция—5—10 мин) или сфокусированным пучком через световод внутриматочной методикой. При сопутствующей гипофункции яичников более целесообразно применение только ГНЛ (см. ДМК).

Иглорефлексотерапия. Выступает как симптоматическое средство для гемостаза, анальгезии. Гемостаз осуществляют постановкой кнопочных игл на 5—7 сут. в АТ 58, АТ 23, АТ 22. Одновременно воздействуют иглами на ТА по схеме: 1-й день — тонизация *G11, E29, E30*; 2-й — *RP2, RP4, RP12*; 3-й — *RP9, VC3, F8*; 4-й — *VC7, V58, V27* (тонизация); 5-й — на *R7* (тонизация), *R3, R12*; 6-й день — *RP6, VC2*. По показаниям в дальнейшем возможно использование точек меридианов *R, F, VB, RP, E* до 10—12 сеансов. При выраженном болевом синдроме производят разовое иглоукальвание в АТ 58, АТ 56, АТ 23 с воздействием на ТА по схеме: 1-й день — *VC5, TR5*; 2-й — *F9, F12*; 3-й — *F2, E28*; 4-й — *P7, VC4, R6*; 5-й — *VC4, V23, V32*; 6-й — *V31, V33, V60*; 7-й — *G14, E36, RP6*; 8-й — *VG14, I11*; 9-й — *R11, R21*; 10-й день — *MC6, MC7, RP4*. Метод воздействия — дисперсия, экспозиция — 20—30 минут.

2.5. САЛЬПИНГИТ, САЛЬПИНГОООФОРИТ, ПЕРИООФОРИТ

Воспаление маточной трубы и серозного покрова яичника встречается у больных в острой и хронической форме.

Сальпингит, сальпингооофорит, перилоофорит острый

В терапии острого сальпингита (ОС) выделяют два направления — консервативное и хирургическое. Цель консервативного лечения — устранение симптомов заболевания и сохранение функции маточных труб. Лечение проводят в стационаре. Госпитализация показана: 1) у молодых нерожавших женщин в первом эпизоде заболевания для профилактики осложнений; 2) при наличии образований (абсцессов) в малом тазу для обеспечения достаточного уровня антибиотиков, необходимых для успешного проникновения в полость абсцесса; 3) у больных с сомнительным диагнозом ОС (не исключается эктопическая беременность, острый аппендицит); 4) при наличии ОС, возникшего на фоне ВМС; 5) у больных с перитонитом, локализующимся в правом верхнем квадранте живота (особенно при болезненности печени, гепатомегалии); 6) при наличии у больной сопутствующего заболевания желудочно-кишечного тракта. Общие мероприятия: лечебно-охранительный режим (постельный режим, физический и эмоциональный покой); сохранение функции кишечника (щадящая диета — механическое и химическое щажение, ограничение углеводов, поваренной соли, калорийность 1600—1800 ккал/сут., витамины, минеральные соли); седативные средства (бром, валериана, транквилизаторы). Во всех случаях терапия должна быть комплексной.

Фармакотерапия. Антибактериальная терапия. Проводят ее, придерживаясь следующих правил: 1. Возможно раннее начало терапии — сразу после взятия материала на посев из эндоцервикса и полости матки. 2. Одновременное лечение полового партнера. 3. Антибиотики выбирают эмпирически, основываясь на результатах экспериментальных исследований (начало лечения). 4. Набор антибактериальных средств должен обладать широким спектром антибактериального действия. 5. Руководство в процессе лечения данными антибиотикограммы, характером выделенного возбудителя (табл. 21, 22), клинической эффективностью, учетом совместимости

(табл. 23). 6. Обязательное проведение динамических исследований (бакпосев из эндоцервикса и полости матки) через 48—72 ч от начала амбулаторного лечения или в случае адекватности его — спустя 3 нед. (контроль клинического излечения).

Табл. 21. Антибактериальные средства выбора при остром сальпингите с учетом характера возбудителя

Микрофлора	Препараты	
	первого ряда	второго ряда
1	2	3
Анаэробы (не клостридии)	Метронидазол (клон)	Линкомицин
<i>Bacillus anthracis</i>	Эритромицин	Левомицетин Пенициллин Тетрациклины Сульфаниламиды
Кандида альбиканс	Нистатин или амфотерицин В местно	Эритромицин, новобиоцин, ампициллин
Клостридии, коринебактерии	Бензилпенициллин	Эритромицин, тетрациклины
Энтерококк	Бензилпенициллин + стрептомицин (канамицин) или ампициллин + стрептомицин (канамицин)	Винкомицин, эритромицин + стрептомицин
Эшерихии	Бисептол	Ампициллин, нитрофурантоин, гентамицин, циклосерин
Клебсиелла	Гентамицин	Цефалоспорины, колистин, канамицин, бисептол
Микоплазма	Тетрациклин (эритромицин)	Левомицетин
Гонококк	Бензилпенициллин	Тетрациклин, эритромицин, спектиномицин, стрептомицин
Протей	Гентамицин	Бисептол, карбенициллин
Риккетсии	Тетрациклин	Левомицетин
Сальмонелла	Левомицетин	Бисептол, ампициллин
Шигелла	Сульфаниламиды, фурадонин	Ампициллин, колистин, левомицетин, тетрациклины

1	2	3
Стафилококк золотистый	Бензилпенициллин, клоциллин, феноксипенициллин	Эритромицин, линкомицин, цефалоспорины, гентамицин, левомицетин, тетрациклин
Стафилококк зеленящий	Бензилпенициллин + стрептомицин или без него	Эритромицин, цефалоридин, линкомицин
Стрептококк пиогенный	Бензилпенициллин	Эритромицин, цефалотин, линкомицин, тетрациклин

Табл. 22. Схема комбинированной антибактериальной терапии острых воспалительных заболеваний женских половых органов в зависимости от характера микрофлоры

Характер микрофлоры гениталий	Используемые антибактериальные препараты, длительность применения
1	2

Смешанная грамположительная и грамотрицательная

Полусинтетические пенициллины (5—7—10 дн.); цефалоспорины (5—7 дн.); тетрациклины (см. Гонорея); аминогликозиды (5—7 дн.); макролиды (5—7 дн.); левомицетин (5—7 дн.); рифампицин (5—7 дн.); сульфаниламиды (5—7 дн.); нитрофураны (10 дн.); фурагин в/в (3—7 инъекций); хиноксолины / хиноксидин (внутри 7—14 дн.); диоксидин — в брюшную полость 10—50 мл 1 %-го р-ра или в/в 10—20 мл 0,5 %-го р-ра довести до 0,1 %-го р-ра изотоническим р-ром натрия хлорида (2—3 дн.)

Грамотрицательная (не используют линкомицин, ристомин, фузидин)

Тетрациклины (метакилин, рондомицин), 7 дн.; цефалоспорины (7 дн.); аминогликозиды (гентамицин), 7 дн.; полимиксин М, В (5—10 дн.) внутрь 500000 ЕД 4—6 раз, или в/м по 50 мг 2—3 раза; кислота налидиксовая (невиграмон), 7—10 дн.

Анаэробная

Тетрациклины (морфоциклин) — по 0,15 г 2 раза в/в, 5—7 дн.; линкомицин, 7—14 дн.; ристомин, 7—14 дн.; нитрофураны (фурагин) в/в, 3—7 раз; диоксидин; сульфаниламиды (этазол) — в/в, 10 дн.; клион (метрогил, метронидазол) — 100 мл в/м 2—3 раза, 5—10 дн.; тинидазол; далацин Ц; эпоцелин; левомицетин

Анаэробная и аэробная

Комбинация средств при анаэробной микрофлоре + аминогликозиды (гентамицин, амикацин, тобрамицин); или полусинтетические пенициллины (ампициллин, карбенициллин); или цефалоспорины (кетоцеф, цефамизин, цефалексин)

Табл. 23. Совместимость современных антибактериальных средств

Препарат	Характер совместного действия препаратов		
	синергизм	антагонизм	несовместимость
Бензилпенициллина натриевая соль	Аминогликозиды, полимиксин	Тетрациклины, макролиды, левомецетин	—
Ампициллин	Оксациллин, аминогликозиды	—	—
Карбенициллин	Аминогликозиды, левомецетин	Тетрациклины	—
Левомецетин (хлорамфеникол)	Тетрациклины, карбенициллин, полимиксин	Бензилпенициллин, линкомицин	Ристомицин, нитрофураны
Аминогликозиды	Бензилпенициллин, тетрациклины, цефалоспорины	Макролиды	Аминогликозиды, полимиксин В
Линкомицин	Аминогликозиды	Левомецетин	—
Цефалоспорины	Аминогликозиды, тетрациклины	—	—
Ристомицин	Полимиксин	Тетрациклины	Левомецетин
Тетрациклины	Аминогликозиды	Пенициллины	—
Олеандомицин	Тетрациклины	Пенициллины	—

Выделяют следующие компоненты антибактериальной терапии: лечение проводят одновременно двумя и более антибиотиками; внутривенную антибиотикотерапию продолжают как минимум 4 дня и заканчивают не ранее чем через 48 ч после нормализации температуры. Целесообразно использовать ряд комбинаций (политерапия) антибиотиков: тетрациклин — по 500 мг внутрь 4 раза в день, курс 7 дн.; или доксициклин — по 100 мг 2 раза в день, курс 7 дн. (вариант монотерапии); сочетание полусинтетических пенициллинов (ампициллин, оксациллин, метициллин, ампиокс) — по 3,5 г/сут., пробеницида — 1,0 г внутрь, тетрациклина — по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дней. Вместо полусинтетических пенициллинов используют бензилпенициллина натриевую соль — 4 000 000—

8 000 000 ЕД/сут. (вариант политерапии); возможно сочетание цефалоспоринов — 2,0 г/сут. в/м (1-й этап), далее тетрациклин внутрь — по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дн. (2-й этап); спектиномицин — 2,0 г/сут. в/м (при пенициллиназопродуцирующих гонококках) с последующим назначением тетрациклина в той же дозе и при той же продолжительности.

Наиболее эффективными считают три терапевтические комбинации: а) доксициклин по 0,1—0,2 г/сут. внутрь в течение 7 дн. и цефалоспорины (цефалоридин) по 4,0 г/сут. в/м; цефамизин — по 2,0—3,0 г/сут. в/м, в/в; клафوران — 2,0 г/сут.; б) клиндамицин (далацин Ц) — по 300—600 мг в/в, в/м через 8—12 ч, затем по 900—1200 мг в/в через 12 ч и аминогликозиды (гентамицин) — суточная доза 2,4—3,2 мг/кг массы тела через 6—8 ч в течение 6—8 дн.; бруламицин — суточная доза 2—3 мг/кг массы тела в/м, в/в через 6—8 ч; канамицин — по 1,5—2,0 г/сут. через 8—12 ч; в) испен (пиперациллин) в сочетании с гентамицином и клионом (трихопол, метронидазол). Далацин нецелесообразно сочетать с ампициллином, препаратами кальция, магния. Основные антибиотики, используемые в терапии острого сальпингита, указаны в табл. 24, 25. Возможны следующие способы применения антибиотиков: пероральный, парентеральный (в/в, в/м, п/к), локальный (введение под слизистые оболочки, через дренажи, инстилляции, аппликации местно), прямая региональная эндолимфатическая антибиотикотерапия.

Табл. 24. Лечение антибиотиками острого сальпингита, сальпингооофорита

Фармпрепарат	Суточная доза	Способ применения
1	2	3

А. Группа пенициллина

Бензилпенициллина натриевая соль	10—20 млн ЕД	4—6 введенный в/м; в/в 1—2 млн ЕД 1—2 раза в сутки в сочетании с в/м введением; в/в, капельно 2—5 млн ЕД
Ампициллин	1,0—3,0 г (10,0)	В/м 4—6 раз в сутки по 0,25—0,5 г
Ампнокс	2,0 г	В/м через 6—8 ч
Карбенициллин (пипен)	4,0—8,0 г	В/м, в/в через 4—6 ч
Оксациллин	3,0—8,0 г	В/м, внутрь 4—6 раз
Карфенциллин	1,5 г	Внутрь 3 раза в день

1	2	3
Б. Группа цефалоспоринов		
Клафоран	2,0 г	В/в, в/м через 12 ч
Кефзол (цефазолин), цефамизин	До 6,0 г	В/в, в/м через 6—8 ч
Цефалексин (непорекс, цефлон, кефлекс)	1,0—2,0 г До 4,0 г/сут.	Внутрь по 0,25—0,5 г 4 раза в день
Цефалотин (кефлин)	2,0—6,0 г До 12,0 г	В/м, в/в (струйно, капельно) 4—6 введений, 7—10 дн.
В. Тетрациклины и окситетрациклины		
Тетрациклина гидрхлорид	0,6—1,0 г	Внутрь 3—4 раза по 0,2—0,25 г в течение 5—7 дн.
Доксициклина гидрхлорид	0,1—0,2 г	Внутрь: 1-й день — 0,2 г 1—2 раза; со 2-го дня — по 0,1 г/сут. 7—10 дн.
Метациклина гидрхлорид	0,6 г (до 15 мг/кг·сут.)	Внутрь по 0,3 г 2 раза в день, курс 5—7 дн.
Морфоциклин	0,3 г; 0,45 г	В/в по 0,15 г через 8 ч, курс 7—10 дн.
Олететрин (тетраолеан, сигмамицин)	0,2—0,3 г 1,0 г	В/м по 100 мг 2—3 раза в день В/в по 500 мг 2 раза в день
Оксициклозоль	—	Местные аппликации, тампоны влагалищные
Г. Группа левомицетина		
Левомицетин (хлорамфеникол)	0,75—3,0 г	Внутрь по 0,25—0,75 г 3—4 раза в день, 7—10 дн.
Левомицетина-сукцината натрия	1,0—3,0 г	В/в, в/м, п/к по 0,5—1,0 г 2—3 раза в день
Левосин	—	Местные аппликации или через дренажные трубки в теплом виде
Левомеколь, левовинизоль	—	Местные аппликации, влагалищные тампоны
Д. Аминогликозиды		
Мономицин	0,75 г	В/м через 8 ч, 6—8 дн.
Канамицина сульфат	1,0—1,5 г	В/м по 0,5 г через 8—12 ч
Гентамицина сульфат (гарамизин)	2,4—3,2 мг/кг	В/м по 0,4 мг/кг через 8—12 ч, 6—8 дн.

1	2	3
Бруламицин (тобрамицин)	2,0—3,0 мг/кг	В/м, в/в, курс 7—10 дн.
Амикацин	10,0—15,0 мг/кг/сут.	В/в, в/м в 2—3 приема
<i>Е. Макролиды</i>		
Эритромицина фосфат	0,4—0,6—1,0 г	В/в по 200 мг 2—3 раза струйно
	1,0—3,0 г	Внутрь по 0,25—0,5 г 4—6 раз в день
Эрициклин	2,0 г	Внутрь по 0,25 г через 4—6 ч, 7—10 дн.
<i>Ж. Антибиотики разных групп</i>		
Линкомицина гидрохлорид (линкоцин, мицивин)	1,5—2,0 г	Внутрь по 500 мг 3—4 раза в день
	0,6—1,8 г	В/м по 0,3—0,6 г через 8—12 ч, в/в — по 0,3 г 3 раза в день
Ристомиицина сульфат	2—3 млн ЕД	В/в капельно — по 1—1,5 млн ЕД через 12 ч
Фузидин-натрия	1,5—3,0 г	Внутрь — по 0,5—1,0 г 3 раза в день в течение 7—10 дн.
Таривид (офлоксацин)	400—800 мг	Внутрь — по 200 мг 2 раза в день 7—10 дн.

Табл. 25. Разовые действия и тип действия антибиотиков

Препарат	Путь введения и используемые дозы		
	внутри	в/м	в/в
1	2	3	4

Бактерицидные антибиотики

Бензилпенициллин	—	500 тыс.—1 млн ЕД	500 тыс.—1 млн ЕД
Метициллин	—	1,0 г	1,0 г
Оксациллин	0,5—1,0 г	0,5—1,0 г	—
Ампициллин	0,5—1,0 г	0,5—1,0 г	0,5—1,0 г

1	2	3	4
Карбенициллин	1,0 г	1,0 г	—
Цепорин	—	0,5—1,0 г	1,0 г
Кефзол	—	250 мг—2,0 г	250 мг—2,0 г
Клафоран	—	0,5—1,0 г	0,5—1,0 г
Канамицин	—	То же	—
Гентамицин	40,0—80,0 мг	40,0—80,0 мг	40,0—80,0 мг
Бруламицин	То же	То же	То же
Амикацин	—	—	—
Ристомицин	—	—	1—1,5 млн ЕД

Бактериостатические антибиотики

Эритромицин	0,1—0,5 мг	—	200 мг
Олеандомицин	250 мг	250—500 мг	500 мг
Линкомицин	500 мг	600 мг	600 мг
Фузидин	500 мг	—	—
Рифампицин	300 мг	—	—
Тетрациклин	250 мг	50—100 мг	—
Гликоциклин	—	200—250 мг	500 мг
Морфоциклин	—	—	150 мг
Рондомицин	150—300 мг	—	—
Вибрамицин	100—200 мг	—	100 мг
Левомисетин	0,5 г	0,5—1,0 г	0,5—1,0 г

В комплексном лечении ОС используют также: нитрофураны — 0,3 г/сут., метронидазол (клион) — 0,5—1,5 г/сут.; бактрим (бисептол) — 1,92 г/сут.; димексид — 20 %-й р-р в/в с 100 мл 5 %-го р-ра глюкозы (100 мл 3 раза в день); хлорофиллипт — 0,25 %-й р-р по 2—4 мл в/в струйно 2—4 раза в сутки в течение 5—10 дн. с последующим переходом на пероральный прием (3—5 мл 1 %-го спиртового р-ра 4 раза в сутки в течение 15—20 дн.); фаготерапию (с учетом выделенного возбудителя) — в/м, п/к не более 40 мл в течение 7—6 дн. Для орошения слизистых гениталий используют бактериофаг клебсиелл поливалентный — по 200 мл 1—3 раза в сутки, курс лечения — 5—15 дн.

Дезинтоксикационная терапия. Цель — ускорение выведения из организма больной токсических веществ эндогенного происхождения.

Медикаментозные методы детоксикации. Основаны на использовании дифференцированной дезинтоксикационной комплексной терапии: гемодез — в/в капельно по 400 мл 1 раз в 3—4 дня со скоростью 40 кап/мин; глюкозо-витаминные р-ры (5—10 %-й р-р глюкозы) — по 1000—1500 мл с комплексом витаминов; коллоидные (декстраны), кристаллоиды (изотонические, изоосмотические р-ры — 5 %-й р-р глюкозы, растворы солей), гипертонические (гиперосмотические) р-ры — по соответствующим показаниям с учетом изменений гомеостаза. Общий расчет инфузии составляет 40 мл на 1 кг массы тела женщины (1200—1600 мл), в отдельных случаях — до 2000—3000 мл по объему.

Инфузионная терапия (ИТ). Многокомпонентная, проводят под строгим контролем (диурез, гематокрит, ЦВД).

Из других компонентов дезинтоксикационной терапии применяют: глютаминовую кислоту — по 1,0 г внутрь 3 раза в день; аспарагиновую кислоту — по 2 драже 3 раза в день в течение 10—14 дн.; унитиол (донатор SH-групп) — по 5 мл 5 %-го р-ра в/м в течение 10—14 дн.; пангамат кальция (витамин В₁₅) — по 0,1 г 3 раза в день внутрь в течение 10—14 дн.; ретаболит — по 1 мл в/м 1 раз в 20 дн.; тиосульфат натрия (30 %-й р-р) — в/в ежедневно или через день в течение 10 дн.

Десенсибилизирующая терапия. Применяют антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин, перитол, фенкарол, тавегил) — в среднетерапевтических дозах; препараты кальция (хлорид, глюконат) — 3 %-й р-р в/в, капельно по 200 мл или 10 %-й р-р в/в струйно по 10 мл, или внутрь — 1,5 г/сут.; аутогемотерапию — по схеме. Гистаглобулин вводят п/к — по 2 мл через 3—4 дн., всего 3—6 инъекций, по показаниям курс лечения повторяют амбулаторно; нативную плазму — по 10 мл одноклассной плазмы — подкожно в область паховой связки ежедневно поочередно с каждой стороны, всего 10 инъекций, или первоначальная доза — 2 мл, далее ее ежедневно увеличивают до 10—12—15 мл. Десенсибилизирующим эффектом обладают: препараты из плаценты (взвесь, экстракт); плазмозаменители (желатиноль); ретроплацентарная кровь (по схеме в возрастающих дозах); гамма-глобулин (по 3 мл в/м 1 раз в 3 дня); полибиолин (по 500 мл сухого вещества, разведенного в 5 мл 0,5 %-го раствора новокаина) — в/м в течение 10 дн.

Глюкокортикоиды показаны в острой, подострой стадии и при обострении хронического процесса. Обладают многогранным действием. Для лечения применяют одну из схем: 1) преднизолон — по 5 мг/сут. в течение 5 дн., следующие 5 дн. — по 10 мг/сут., затем 5 дн. — по 15 мг/сут., далее циклами соответственно по 5 дн. в дозах 10 и 5 мг/сут., курс 25 дн.; 2) преднизолон — начинают с ударной дозы (20 мг/сут.) в течение 5 дн., затем каждые 5 дн. дозу уменьшают на 5 мг, доводят до 5 мг/сут., средняя доза на курс составляет 225—250 мг; 3) преднизолон — вначале 30 мг/сут., через 3 дня дозу снижают до 20 мг/сут., затем каждые 3 дн. уменьшают на 5 мг; курс лечения — до 15 дн., доза на курс — 240—250 мг препарата; 4) преднизолон — в течение 20 дн., доза на курс — 180—200 мг; 5 мг/сут. — 2 дн., 10 мг/сут. — 3 дн., 15 мг/сут. — 3 дн., 20 мг/сут. — 2 дн.; далее аналогичным образом дозу уменьшают до исходной. Вместо преднизолона можно применять эквивалентные дозы других препаратов.

Иммунотерапия. Цель — устранение вторичного иммунодефицита. Она должна быть строго обоснованной и дифференцированной (выбор метода воздействия на иммунитет и времени его применения). Методика проведения специфической иммунокорректирующей терапии при воспалительных заболеваниях гениталий представлена в табл. 26.

Табл. 26. Специфическая иммунотерапия при острых воспалительных заболеваниях женских половых органов

Препарат	Методика лечения
1	2
Гипериммунная стафилококковая плазма	Вводят в/в струйно или капельно — по 30—60 АЕ/кг массы тела или 4—8 мл/кг (от 3 до 10 раз и более, ежедневно или через день)
Стафилококковый гамма-глобулин	Вводят в/м — по 100—120 АЕ 2—3 раза в неделю (3—10 доз на курс)
Стафилококковый антифагин	Вводят подкожно в возрастающих дозах, начиная с 0,2 мл до 1 мл; повторный курс проводят через 10—15 дн.; иногда вводят по 0,5 мл 1 раз в 5 дн., всего на курс 3—4 инъекции
Стафилококковый анатоксин	Вводят подкожно в паховую складку бедра (с учетом зон Захарьина—Гедда) 1 раз в 3 дня по 0,1—0,3—0,5—0,7—0,9—1,2—1,5 мл с первых дней поступления в стационар при подостром течении или после стихания явлений острого воспаления

1	2
<p>Имуноглобин антистафилококковый донорский</p>	<p>Вводят с первых дней заболевания из расчета 5 ЕД антигальфастафилотоксина на 1 кг массы тела больной. Минимальная разовая доза не менее 100 ЕД, курс лечения 3—5 и более инъекций</p>
<p>Полиглобулин направленного действия, полученный из плазмы доноров, иммунизированных стафилококковым анатоксином</p>	<p>Вводят в/м через 48 ч по 180 ЕД (две ампулы), курс лечения—360—720 АЕ (4—8 ампул)</p>
<p>Аутовакцина</p>	<p>Используют по схеме: в первые 10 дн. вводят в нарастающих дозах, начиная с 0,1 мл и заканчивая 1 мл; в последующие 10 дн. вводят в обратном порядке — от 1 мл до 0,1 мл. Ревакцинация через 30 дн. Показана при остром и хроническом сепсисе</p>
<p>Имунопрепараты, направленные против гнойных микроорганизмов (противогангренозные, антиэперихиозные сыворотки и др.)</p>	<p>Схема применения специальная</p>
<p>Лизоцим</p>	<p>Назначают 0,05 %-й р-р аэрозольно — по 2—10 мл на сеанс в течение 5—14 дн., или в/м — по 150 мг 2 раза в сутки в течение 7 дн.; при необходимости курс продлевают до 1 месяца</p>
<p>Интерферон (плаферон)</p>	<p>Используют местно и для ингаляций. Содержимое ампулы растворяют в 2 мл воды, закапывают в оба носовых хода по 5 капель 4—5 раз в сутки; используют на 1 сеанс, который повторяют 2 раза в день</p>
<p>Коррекция иммунного статуса при преимущественно Т-клеточных иммунодефицитных состояниях (ИДС).</p>	
<p>Дисфункция Т-системы иммунитета, проявляющаяся уменьшением количества общих Т-лимфоцитов, Т-супрессоров, снижением их активности, служит показанием для назначения левамизола, тимозина, тималина, Т-активина, диуцифона, нуклеината натрия, витаминов Е, А, С, пентоксила, метилурацила, ультразвука, магнитного поля, лазерного излучения, ИРТ, УФОК, фактора переноса, гепарина, лейкоцитарного гамма-глобулина.</p>	
<p>Коррекция В-клеточных иммунодефицитов. Дисфункция В-системы иммунитета проявляется в снижении функциональной активности В-лимфоцитов, анти-</p>	

телозависимых клеток — киллеров, концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови, уменьшении содержания Т-хелперов и служит показанием для назначения бактериальных полисахаридов, ауто- и гетеровакцин, БЦЖ, гамма-глобулина, В-активина.

Коррекция фагоцитарных ИДС. Дисфункция системы фагоцитоза может корригироваться назначением бактериальных полисахаридов, витаминов С и А, озвучивания селезенки, ауто- и гетеровакцин, нуклеината натрия, метилурацила, пентоксила, левамизола, элеутерококка, апилака, спленина, интерферона, изоприназина, лизоцима. Перечень средств коррекции различных видов иммунодефицита представлен в табл. 27. Дисфункцию системы комплемента (его дефицит) корригируют переливанием свежей крови, плазмы, назначением витамина А.

Табл. 27. Средства коррекции иммунодефицитных состояний (ИДС)

Коррекция иммунного статуса при Т-клеточном ИДС	Коррекция В-клеточных иммунодефицитов
1	2

Левамизол назначают при выраженных изменениях Т-системы иммунитета; эффективная доза—1—2,5 мг/кг массы тела. Схемы применения: 1) по 50—100 мг ежедневно 3 дня подряд с перерывом в 3—4 дня в течение 2—3-х недель; 2) по 100 мг через день, на курс 900 мг и более; 3) по 100 мг в день 1—2 раза в неделю, курсовая доза 1200 мг; 4) по 150 мг однократно после еды 3 дня подряд, 3 дня перерыв. Наиболее безопасен прием препарата 1 раз в неделю в течение 1—3-х месяцев. Оптимальная курсовая доза—900—1800 мг.

Лабораторным критерием отмены является остановка прироста Т-лимфоцитов и содержание лейкоцитов ниже 3000. Если после приема первых 300 мг происходит увеличение Т-лимфоцитов, то дальнейшую терапию проводить нецелесообразно. Исследование лейкоцитов крови проводят спустя 10 ч после начала лечения и каждые 3 недели, а также при появлении лихорадки

Дицифол действует аналогично левамизолу, но мягче. Назначают по 100 мг 3 раза в день 3 дня в неделю через

Пирогенал, пронидазол (см. *Хламидиоз*) назначают после стихания острых явлений воспаления

Сальмозан вводят п/к по 0,1 мг 1 раз в 7—10 дней

Микроэлементы (цинк, литий, селен, медь) используют в виде солей в среднетерапевтических дозах

Анабол назначают при снижении функциональной активности Т-клеток

Изоприназин стимулирует В-клетки и фагоцитоз. При дефиците иммуноглобулинов крови показано введение плазмы крови, иммуноглобулинов. Нативную плазму переливают по 100—150 мл через 4—5 дн. от 3 до 6 раз

Иммуноглобулин человеческий (гамма-глобулин) вводят при хронических процессах по 12—15 мл 10 %-го р-ра в/м 1 раз в 20 дн., всего 3—4 инъекции;

1

2

день с повторным курсом через 2 дня или по 100 мг 3 раза в день ежедневно 5—7 дн. подряд с перерывом в 4—5 дн.

Препараты тимуса (тималин, Т-активин, тимозин, тимостимулин) показаны при первичных иммунодефицитах. Тималин (тимарин) вводят в/м по 10—20 мг в течение 5—10 дн. Повторный курс — через 1—6 месяцев. Т-активин вводят п/к по 1 мл (100 мкг) ежедневно в течение 5—10 дн. При хирургическом лечении его назначают в течение 2 дн. до и 3 дн. после операции. Он показан больным с кратковременным или недостаточным эффектом антибактериальных препаратов

Тимозин вводят п/к по 1 мкг/кг массы тела больной ежедневно в течение 20—30 дн.; тимостимулин — по 1 мкг/кг массы тела ежедневно 7 дн., затем в этой же дозе 2 раза в неделю в течение 3 месяцев или по 100 мкг п/к в течение 5 дн., затем 100 мкг 1 раз в неделю (в месяц), потом ежемесячные повторные пятнадцатидневные курсы

Тимоген вводят в/м по 100 мкг 5—7—10 дн.

Нуклеинат натрия назначают внутрь по 0,25—1,0 г 3—4 раза в день или в/м по 5,0—10,0 мл 2—5 %-го р-ра; курс лечения—10 дн. (10,0—18,0 г)

Изоприназин кроме стимуляции В-клеток и фагоцитоза стимулирует противовирусный иммунитет. Применяют по 50—100 мг/кг массы тела больной (в таблетках) в сутки, курс—5—7 дн.

Адаптогены (элеутерококк, адреналин, декарис) показаны для активационной терапии. Адаптоген вводят в первой половине дня натощак в дозе, составляющей 1/10 терапевтической. Через 24 ч определяют характер развившейся адаптационной реакции. Индивидуальный подбор дозы проводят с учетом коэффициента реакции

или по 2—3 мл через 4—5 дн. в/м, всего 3—4 инъекции. Иммуноглобулины вводят в/в в дозе 80—160 мг/кг массы тела или 0,8—1,6 мг/кг капельно (20—30 кап/мин) в неразведенном виде или при разведении 1:2—1:4 в изотоническом растворе натрия хлорида. Всего на курс 3—4 инфузии (5—7 инфузий в тяжелых случаях)

Антистафилококковая плазма, противостафилококковый гамма-глобулин, аутовакцины (см. табл. 26)

Спленин назначают в/в по 2 мл (курс 10—15 дн.) или в/м по 1—3 мл 1—2 раза в день (всего 3—10 дн.) при снижении уровня иммуноглобулинов А, G, повышении уровня иммуноглобулина М, тенденции или снижении количества лейкоцитов в периферической крови

Миелопид (В-активин) используют как активатор антителообразования. Вводят п/к, в/в по 2 мг/м² поверхности тела, всего 3—5 инъекций через день на курс

1

2

«К», который колеблется от 1,1 до 1,3 в зависимости от возраста больной и тяжести состояния

Дибазол, пентоксил (см. *Герпес гениталий*)

Метилурацил назначают по 0,5—2,0 г 4 раза в день в течение 3—4 недель

Гепарин вводят по 200—500 ЕД в/к (в день по 0,05—0,2 мл в 2—4 точки нарастающими дозами), всего 10—14 дн.

Задитен назначают по 0,5 мг (1/2 табл.), в течение недели дозу наращивают до необходимой

Из немедикаментозных методов — озвучивание УЗ (0,2—0,4 Вт/см², длительность 3—5 мин на область селезенки, ежедневно в течение 10 дн.) или озвучивание тимуса в надгрудную ямку в дозе 0,2 Вт/см² по 3 мин 3 дня ежедневно и 3 дня через день, сочетают с Т-активинном

Ферментотерапия. Лизоцим используют местно для нормализации биоценоза влагалища — 0,5 %-я эмульсия, а также в/м; ингибиторы протеолиза (памба — внутрь по 0,25 г 2—4 раза в день или в/в, в/м 1 %-й р-р по 5—10 мл 2 раза в день); трасилол — в/в капельно до 50 000 ЕД/сут. в течение 3 дн. Через 4—5 дн. курс повторяют. Внутривенно вводят 10 000—20 000 ЕД.

Коррекция реологических и коагуляционных нарушений. Назначают: курантил (дипиридамол) внутрь по 0,025—0,05 г 3 раза в сутки; реополиглюкин — 400 мл вводят в/к в сочетании с гепарином — до 30 000 ЕД/сут. п/к в зависимости от тяжести воспалительного процесса; антитромботическую терапию (по показаниям с профилактической и лечебной целью).

Симптоматическое лечение. Вводят спазмолитики, кардиотоники, ненаркотические анальгетики, осуществляют регуляцию функции желудочно-кишечного тракта и печени. При этом лекарственные средства лучше давать в комбинациях. Например: экстракт красавки — 0,015 г, дерматол — 0,2 г, димедрол — 0,02 г, новокаин — 0,15 г, димексид — 1,0 г, фуразолидон — 0,1 г, ампициллин

натрия — 0,5 г, рибофлавин — 0,005 г, масло какао — 3,0 г. По 1 свече ректально 2 раза в день; или фуразолидон — 0,1 г, метиленовая синь — 0,05 г, антипирин — 0,5 г, димексид — 1,0 г, масло какао — 3,0 г. Ректальные свечи 1—2 раза в день. Целесообразно проведение терапии дисбактериоза (табл. 28).

Табл. 28. Устранение дисбактериоза половых путей и кишечника при антибактериальной терапии воспалительных процессов гениталий

Биологический бактериальный препарат	Структура, состав и назначение	Форма выпуска	Способ применения
1	2	3	4
Бифидумбактерин сухой	Живые бифидобактерии (от 1 до 50 доз). Одна доза содержит 10^8 бифидобактерий	Флаконы (5 доз), таблетки (1 доза), 10 шт.	Интравагинально по 5—6 доз (флаконная форма) 1 раз в день в течение 5—8 дн. Препарат разводят кипяченой водой (1 ч. ложка на 1 дозу). Таблетки принимают цельными или размельченными, запивая кипяченой водой
Бификол	Сухая взвесь живых, совместно выращенных бифидобактерий и кишечной палочки М-17. Не рекомендуется одновременно применять антибиотики	Флаконы (5 доз), таблетки (1 доза), 10 шт.	Внутрь 3—5 доз 2 раза в день не менее 2 недель. По показаниям — поддерживающие дозы (половина суточной) в течение 1—1,5 мес. Интравагинально 5—6 доз 1 раз в день в течение недели
Бифидумбактерин молочный	Цельное или обезжиренное стерильное молоко, сквашенное бифидобактериями. Число активных бифидобактерий составляет 10^9 клеток в 1 мл продукта		Интравагинально в виде инстилляций ежедневно 1 раз в день (30—50 мл)
Бифилин	Детская молочная смесь из штамма Бадолесцентис МС-42, обладающих кислотообразующей и антибиотической активностью к патогенным и условно патогенным бактериям	Смесь «Малютка»	Используют энтерально или интравагинально

1	2	3	4
Лакто- бактерии сухой	Высушенная микробная масса живых лактобактерий, обладающих антагонистической активностью в отношении шигелл	Ампулы (3 дозы), 10 шт. Таблетки (1 доза), 20 шт.	Энтерально 2—5 доз 2 раза (3 дозы) в день в течение 2—6 недель. Интравагинально по 5—6 доз 1 раз в день в течение 5—8 дн. Поддерживающее лечение — по показаниям
Колли- бактерии сухой	Высушенная взвесь живых бактерий антагонистически активного штамма кишечной палочки М-17 против шигелл	Ампулы (2—3 дозы), 10 шт. Таблетки (1 доза), 20 шт.	Используют идентично лактобактерину, в акушерско-гинекологической практике применяют реже
Бакти- субтил	Чистая сухая культура штамма <i>Bacillus IP 5832</i> с не менее 1 млрд вегетативных спор. Имеет сильную полиморфную энзимную систему, создает кислую среду за счет гидролиза углеводов, белков, жиров. Имеет сильные антибиотические свойства	Капсулы 16 шт.	Назначают внутрь по 4—6 капсул до 2—3 нед.

Немедикаментозное лечение. *Криотерапия*. Выполняют в двух вариантах: а) влажная гипотермия; б) наружная абдоминальная гипотермия аппаратом АЛГ-2, длительность процедуры от 2 до 3,5 ч в сутки; или холод на гипогастральную область по 2 ч с перерывами в 30—60 мин. Длительность курса криотерапии от 1 до 5 сут. *Преформированные физические факторы*: УФ-эритемотерапия по методике очаговых и внеочаговых воздействий; ДМВ и ПемП низкой частоты.

Гипербарическая оксигенация. Обладает многогранным действием при гнойной инфекции. Наиболее оптимальный режим — давление 1,5—3 ат (147,1—294,3 кПа), продолжительность сеанса 1—1,5 ч через день. Курс лечения 6—7 процедур.

Современные методы немедикаментозной детоксикации являются составной частью проводимой комплексной терапии. *Обменный плазмаферез*. Может выполняться по дискретной и непрерывной методике. Реинфузию эксфу-

зированных эритроцитов осуществляют, используя в качестве плазмозаменяющих растворов нативную плазму или ее компоненты, свежемороженную плазму, декстраны, раствор Рингера. Применяют аппарат ПФ-05 для эксфузии крови. Количество сеансов — 3—4 на курс. Целесообразно сочетание метода с УФОК; противопоказан при сердечно-сосудистой, легочной недостаточности, выраженной гипотонии, анемии, гипопроteinемии, нарушении гемостаза.

Ультрафиолетовое облучение крови (УФОК). Выполняют с помощью аппарата «Изольда» МД73М, который позволяет осуществлять выбор спектра УФО, дозировать облучение, обеспечивает стерильность забора и возврата крови. Для фотомодификации крови возможно использование аппарата ФМК-1.

Методика экстракорпорального УФОК с последующей аутотрансфузией: в флакон емкостью 500 мл берут 50 мл изотонического раствора натрия хлорида, 5000 ЕД гепарина; производят забор крови из вены из расчета 2—3,5 мл на 1 кг массы больной. В качестве консерванта возможно использование глюгицира или цитроглокофосфата — по 50 мл в стандартный флакон. Количество гепарина, вводимого однократно в/в перед операцией, составляет также 5000 ЕД. Кровь забирают с помощью перистальтического насоса; проходя по системе через кварцевую кювету, она подвергается облучению. Набрав нужный объем при возврате (скорость 30—40 кап/мин), кровь вновь облучается и возвращается в вену. Время облучения 15—20 мин, число сеансов УФОК — от 2 до 10 (в среднем 3,0+0,4) с интервалом в 3—5 дн. Более частые процедуры нежелательны из-за кратковременной иммуносупрессии, предшествующей иммуностимуляции и возможной кумуляции супрессивного действия при фотомодификации аутокрови.

Экстракорпоральная гемосорбция (ГМС). Осуществляют с помощью специальной портативной гемоперфузионной системы. Методика включает гемодилуцию в предсорбционный период, фармакологическую стимуляцию транкапиллярного обмена во время собственно гемосорбции, гемодилуцию в сочетании с патогенетической терапией в ближайшем постсорбционном периоде. Продолжительность ГМС от 40 до 90 мин, скорость объемная — 60—120 мл/мин, общий объем сорбированной крови за один сеанс — 4000—18 000 мл. Доступ к сосудистой системе больной осуществляют катетеризацией крупных венозных стволов. В качестве гемосорбентов применяют различные марки азотсодержащего активированного угля СКН (сферический карбонит). Курс лечения — 2—4 сеанса ГМС.

Лучшие результаты отмечаются после удаления очага гнойной инфекции. Метод улучшает гематологические показатели и устраняет эндогенную интоксикацию.

Лазертерапия. Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) используют как иммуностимулятор в организме с разнообразными клиническими эффектами. Методика: применяют любой лазерный аппарат, генерирующий гелий-неоновый лазер (длина волны 0,63 мкм) со стекловолоконным микросветоводом (диаметр 200—400 мкм), вводимым в вену больной. Плотность потока мощности — от 0,15 до 16 мВт/см²; экспозиция ВЛОК — 30—60 мин, процедуры проводят ежедневно, курс — 3—5 дн. При остром сальпингите и обострении хронического с интоксикацией показано использование гелий-кадмиевого лазера (ГКЛ): длина волны — 444,6 нм, плотность мощности — 130—150 мВт/см². Облучение проводят параллельно интенсивной терапии путем воздействия на оба паховые области (рассеянный пучок), боковые влагалищные своды, наружный зев (сфокусированный луч). Экспозиция облучения одного поля 30—90 с. Общее время процедуры — до 20—30 мин (в зависимости от расходимости луча), курс — 15—20 сеансов ежедневно. При проведении динамической лапароскопии у отдельных больных хороший эффект наблюдается при использовании ультрафиолетового лазера (длина волны 0,337 мкм/с облучением непосредственно пораженных придатков и матки).

Рефлексотерапия. Осуществляется традиционными методами иглоукалывания или в сочетании с электроакупunkturой (ЭЛАП). Курс — 11—14 сеансов ежедневно. Лечение проводят в двух вариантах: 1) в 1-й день используют аурикулярные АТ 55, АТ 23, АТ 58 и корпоральные точки: E36, G14, G11, RP6 (билатерально по второму варианту тормозного метода с экспозицией игл 20 мин); во 2-й день (при интоксикации) — ТА второй пары «чудесных меридианов» — TR5 справа, VB41 слева и АТ 55, АТ 58 справа (при вегетативных нарушениях воздействуют на третью пару «чудесных меридианов» — P7, R6); на 3-й день TR5 слева, B41 справа, АТ 55, АТ 58 слева; на 4-й день — TR5 справа, VB41 слева, VB25 — билатерально; на 5-й день — TR5 слева, VB41 — справа, VB26 — билатерально; на 6-й день воздействуют на RP6, VC4; на 7-й день — АТ 23, АТ 97, АТ 58 (со стороны выраженного воспаления), V60, V23, V32; на 8-й день — R6, R12, R14 (билатерально или на стороне воспаления); на 9-й день — VG14, Y11, J14 или G15; на 10-й день — E30, E36; на 11-й день — V31, V32, V33 (выбирают болезненные точки), V60; на 12-й день — G14, P7; 2) используют ТА пояснично-



Рис. 6. Тактика лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

крестцовой области (V23, V25—V34, T2—T4), живота (J2—J4, R11—R13) и нижних конечностей (RP6, RP9—RP10, E36, E37, R7); в рецептуру каждой процедуры включают точки общего воздействия (G11, G14, E36, RP6, MC6), а также АТ (матки, желез внутренней секреции, яичника, полости таза, живота, наружных половых органов).

Хирургическое лечение. Лечебная тактика (рис. 6) при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки определяется степенью выраженности воспалительного процесса и топическим диагнозом: гнойный сальпингит; пиосальпинкс; гнойные воспалительные образования придатков матки (пиовар с распластанной на нем

маточной трубой с хроническим гнойно-продуктивным воспалением; пиосальпинкс и множественные микро- и макроабсцессы яичника (ов), ретенционные или истинные опухоли яичника, эндометриоз). Виды лечебной тактики при гнойно-воспалительных образованиях придатков матки (ГВОПМ): консервативная; консервативно-эндоскопическая; оперативная.

Показания к консервативному лечению: гнойный сальпингит; острый пельвиоперитонит вследствие катарально-гнояного) сальпингита.

Показания к лапароскопии: отсутствие эффекта от консервативного лечения гнойного сальпингита и острого пельвиоперитонита в течение 12—24—48 ч (диагностическое и лечебное значение); пельвиоперитонит с невыраженными явлениями диффузного перитонита.

Следует помнить, что при ГВОПМ лапароскопия может способствовать генерализации.

Показания к хирургическому лечению: острый диффузный перитонит; подозрение на разрыв или разрыв пиосальпинкса, пиовара, tuboовариального образования; отсутствие эффекта от лапароскопического дренирования в течение 24—36 ч; нарастание явлений перитонита в течение 4—6 ч предоперационной подготовки пациентки при ясном диагнозе ГВОПМ.

Основные компоненты оперативной тактики лечения. 1. *Предоперационная подготовка.* Объем и продолжительность ее определяются стадией воспалительного процесса, степенью интоксикации, характером полиорганных нарушений и составляют: при наличии острого воспалительного процесса, острого пельвиоперитонита, клинике разрыва ГВОПМ — 12—24 ч; при отсутствии вышеперечисленного — 7—10 дн. При положительной клинической динамике спустя 12—24 ч (уменьшение воспалительного процесса, тенденция к ограничению гнойного процесса в малом тазу) комплексное лечение продолжают также до 7—10 дней. При этом антибиотики широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом (как препараты выбора) назначают в течение 3—5 дн.

2. *Оперативное вмешательство.* Пункция придатковых образований через задний влагалищный свод с трансвагинальным (кольпотомия) дренированием является неприемлемым методом терапии ГВОПМ. Основания: приводит к затягиванию консервативного лечения; способствует увеличению тяжести и обширности гнойно-деструктивного процесса; углубляет тяжелые полиорганные нарушения; не исключает возможности перфорации абсцесса в полый орган и способствует формированию придатково-влага-

лицных и кишечно-влагалищных свищей. Вместе с тем пункция образований малого таза через задний свод влагалища имеет три показания при ГВОПМ: 1) угроза перфорации абсцесса в полый орган или брюшную полость; 2) тяжелая интоксикация организма и опасность развития бактериально-токсического шока; в обоих случаях оперативное вмешательство выступает как компонент предоперационной подготовки, носит профилактический и лечебный характер, выполняется только однократно; 3) гнойный сальпингит и абсцесс дугласова пространства; пункция при этом, с трансвагинальным дренированием, особенно проведенным под контролем лапароскопии, является средством оптимизации консервативного лечения. Основное условие осуществления пункции — доступность абсцесса для данной манипуляции (расположение нижнего полюса образования близко к заднему своду влагалища).

Методом выбора при ГВОПМ после родов, аборта, на фоне внутриматочной спирали (ВМС) является экстирпация матки с односторонним или двусторонним удалением придатков (в случае их гнойного поражения). Реконструктивная операция с сохранением матки и придатков с одной стороны показана: в репродуктивном возрасте; при отсутствии гнойного эндометрита, панметрита; отсутствии сопутствующих заболеваний гениталий (миома матки, аденомиоз) и экстрагенитальных гнойных очагов в малом тазу; при возможности адекватного дренирования и профилактики рецидива гнойного процесса консервативными методами при сохраненной матке. При ГВОПМ, не связанных с абортом и наличием ВМС, допустимо удаление придатков (одно-, двустороннее) или надвлагалищная ампутация матки. Последняя применима также при технических трудностях (выраженная инфильтрация тканей) выполнения экстирпации матки.

Обязательным компонентом хирургического пособия у больных ГВОПМ является *дренирование* (рис. 7).

У молодых женщин дренирование тубоовариальных образований осуществляют самофиксирующимися рентгенконтрастными стилет-катетерами под контролем трансвагинальной эхографии (трансвагинальной) и компьютерной томографии (трансабдоминальной). Это метод активного лапароскопического дренирования (рис. 8) и пролонгированной санации брюшной полости с помощью универсальной канюли, устанавливаемой во время диагностической лапароскопии. Санацию проводят через 24 ч под внутривенным обезболиванием в течение 3—7 сут. Первая и последующая лапароскопии дают возможность осмотреть органы брюшной полости, лизировать спайки,

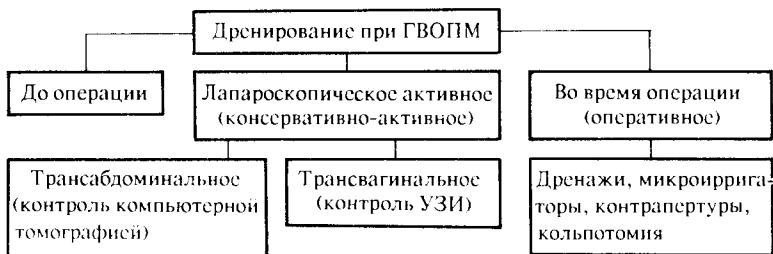


Рис. 7. Основные виды дренирования при ГВОПМ в зависимости от времени производства и предназначения.

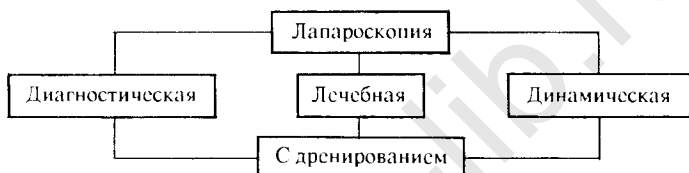


Рис. 8. Метод лапароскопии

удалять фибриноидные наложения, аспирировать гной (экссудат), промыть просвет маточных труб и оросить брюшную полость 0,05 %-м р-ром хлоргексидина биглюконата, прицельно подвести антибактериальные препараты к пораженным органам, провести лапароскопическую лазертерапию (ультрафиолетовым или гелий-неоновым лазером).

Преимущественным методом также считают введение дренажей трансвагинально — через открытый купол влагалища после экстирпации матки или через кольпотомное отверстие при сохраненной матке. Методом выбора является аспирационно-промывное дренирование с помощью двухпросветных силиконовых трубок и вакуум-аппарата ОП-01. Дренажи, микроиригаторы вводят для проведения внутрибрюшных капельных инфузий с постоянной эвакуацией патологического экссудата по типу перитонеального диализа через основные дренажи (к области удаленных или сохраненных придатков) — кольпотомный и через контрапертуры в мезогастральных областях (из латеральных каналов). В качестве диализирующего раствора наиболее часто применяют раствор фурацилина (1:5000). Разрежение в системе 30—40 см в. с. Скорость введения

жидкости — от 40 до 60 кап/мин. Дренирование продолжается до чистых промывных вод (в среднем 2—3-е сут.) под контролем их лабораторного исследования. После односторонней аднекситэктомии при получении чистых промывных вод (на 2—3-е сутки) снимают один из основных дренажей (из места удаленных придатков), а второй (основной) оставляют еще на 1—2 дня для профилактики воспалительного процесса.

Послеоперационная реабилитация. Преследует цель ликвидации остаточных явлений воспаления в малом тазу и сохраненных придатках, улучшения условий микроциркуляции и профилактики спасочной болезни. В процессе хирургического вмешательства производят низкочастотную ультразвуковую обработку брюшной полости с использованием 0,5—2 л фурацилина и 2,0 г канамицина. С первых дней послеоперационного периода назначают УФО и УВЧ-терапию. Не позже 8—10-х суток после операции в условиях стационара проводят 10 процедур фонофореза гидрокортизона по наружной или влагалитной методике (инфильтративный процесс) или флюктуофореза цинка, ферментов (распространенный спасочный процесс).

Сальпингит, сальпингооофорит, периоофорит подострый

Лечение проводят по этапам, комплексное.

1-й этап (в стационаре). Фармакотерапия. Включает следующие лечебные мероприятия: этиотропное антибактериальное лечение с учетом максимальной терапевтической разовой и суточной дозы; обязательный прием нистатина и леворина в среднетерапевтических дозах; введение в/м человеческого лейкоцитарного интерферона; проведение медикаментозной детоксикации; назначение адаптогенов растительного происхождения во вторую фазу менструального цикла (женьшень, элеутерококк, левзея, китайский лимонник — по 30—40 капель 3 раза в день) в сочетании с витамином С (стабилизатор мембран лизосом фагоцитов); витаминотерапию В₁, Е — внутрь, в/м.

Немедикаментозное лечение. Немедикаментозные методы детоксикации — см. *Сальпингит острый*.

2-й этап. Фармакотерапия: адаптогены — внутрь (см. *Активационная терапия*); введение биостимуляторов (экстракт алоэ, биосед, гумизоль, пелоидодистиллят, плаценты взвесь, торфот, ФиБС, плазмол, спленин, стекло-

видное тело), курс 20—30 дн.; предпочтительная система чередования препаратов с разными точками приложения.

Немедикаментозное лечение. Осуществляют дифференцированно, с учетом клинических данных (табл. 29) и сопутствующей патологии. Наиболее часто используют АФТ: лекарственный электрофорез (гальваническим, импульсными токами низкой частоты) с 1—2 %-м р-ром цинка, 2 %-м р-ром кальция хлорида, 2 %-м р-ром антипирина (15—20 процедур); СМВ, ДМВ — при отсутствии миомы матки, эндометриоза (15—20 сеансов на курс лечения); традиционная методика УФ-облучения (эритемотерапия зоны «трусов»), 6—8 процедур; бегущее импульсное магнитное поле (аппарат Алимп-1), 10 процедур.

Табл. 29. Дифференцированный электрофорез при подострых воспалительных заболеваниях матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки

Клиническое течение заболевания	Вводимый ион
Болевой синдром (ноющие, тянущие боли) после переохлаждения; сопутствующие заболевания: ревматизм, болезни опорно-двигательного аппарата	Амидопирин (антипирин) и кислотный остаток салициловой кислоты одновременно
Болевой синдром схваткообразного характера; альгодисменорея в анамнезе; сопутствующие заболевания печени, кишечника	Магний
Обильные гнойные выделения из матки; экссудативные изменения в малом тазу, трудности топической диагностики; мешотчатые воспалительные образования придатков до и после операции	Цинк Димексид Диоксидин
Метроррагии	Кальций

3-й этап. Фармакотерапия. Включает проведение дифференцированной иммунокоррекции в зависимости от состояния основных звеньев системы иммунитета (декарис, нуклеинат натрия, пентоксил, тималин и др.); улучшение микроциркуляции, реологических и коагуляционных свойств крови (трентал, теоникол, компламин, реополиглюкин).

Немедикаментозное лечение. Показаны ультразвуковая терапия в импульсном режиме или фонофорез через нафталан на паховые и надлобковые области с обеих сторон (до 15 процедур); лазертерапия гелий-неоновым лазером (длина волны — 0,63 мкм, ПМ — до 150 мВт/см²) на рефлексогенные зоны, влагалиттные своды, ТА (15—20

сеансов); комбинацией гелий-неонового и гелий-кадмиевого лазеров (вначале воздействуют на те же поля ГКЛ в течение 10—15 мин, плотность мощности — 130—150 мВт/см², затем после 10 мин перерыва — ГНЛ с плотностью мощности 100—120 мВт/см²); ИК-лазером ближнего диапазона (длина волны 0,89 мкм, методика сканирующая в паховых областях и через боковые влагалищные своды, режим импульсный, курс — 15 процедур).

Фитотерапия. Предполагает использование сборов для спринцеваний, влагалищных тампонов и ванночек. Основные лекарственные растения: ромашка, лапчатка гусиная, крапива, шалфей, горец птичий, тысячелистник, донник, календула, мальва, кора дуба, ивы, цветки липы, бузины черной, фиалки трехцветной, лист эвкалипта. Наиболее часто используют следующие сборы: *Сбор 1.* Ромашки цветки — 1 ч., донника трава — 1 ч.; 2 ст. ложки смеси заливают 200 мл кипятка. Распаренную смесь травы заворачивают в ткань, вводят в горячем виде во влагалище на 12—10 ч (на ночь). *Сбор 2.* Алтея корень — 1 ч., ромашки цветки — 1, мальвы цветки — 1, донника трава — 1, льна семя — 3 ч.; 1 ст. ложку смеси заливают 200 мл кипятка, вводят в виде тампона на ночь во влагалище. *Сбор 3.* Настойка календулы, настойка эвкалипта — по 20,0 г, раствор димексида 50 %-й — 10,0, ланолин — 50,0 г. Смешивают и используют как мазь для влагалищных тампонов. *Сбор 4.* Экстракт алоэ — 10,0 г, сок каланхоэ — 30,0, димексид 50 %-й — 10,0, ланолин — 50,0 г. Смешивают и используют как мазь для влагалищных тампонов. *Сбор 5.* Шалфея трава — 1 ч., лагохилуса лист — 1, календулы цветок — 1, крапивы трава — 1, зверобоя трава — 1, тысячелистника трава — 1 ч.; 3 ст. ложки смеси заливают 1 л кипятка, настаивают 2 ч, процеживают. Принимают внутрь по 100 мл 3 раза в день в течение 2 мес. *Сбор 6.* Донника цветки — 1 ч., мать-и-мачехи лист — 1, золототысячника трава — 1, крапивы трава — 1, тысячелистника трава — 2 ч.; 1 ст. ложку смеси заливают 500 мл кипятка, пьют по 100 мл 3 раза в день.

Сальпингит, сальпингоофорит, периоофорит хронический, рецидивирующий

Лечение основано на выполнении следующих основных постулатов: 1) своевременная клиническая оценка глубины и тяжести функциональных и структурных поражений, попытка определения степени обратимости изменений; 2) патогенетически обоснованное неоперативное

лечение при обратимых и хирургическое — при необратимых структурных изменениях; 3) обязательное лечение малосимптомных, стертых форм заболевания; 4) оценка исходной гормональной функции яичников; 5) первоочередность устранения (значительного и стабильного уменьшения) хронической тазовой боли, обусловленной воспалением; 6) сочетание локальных лечебных воздействий с одновременной или последовательной санацией всех очагов инфекции и коррекция полисистемных расстройств; 7) строгая клиническая обоснованность и рациональность антибактериальной терапии; 8) базисная роль немедикаментозной терапии в комплексном лечении больной; 9) активация психологических возможностей больной; 10) динамическая оценка ответных реакций организма на проведенное лечение.

Низкая значимость и удельный вес микробного фактора в патогенезе заболевания требуют отказа от широкого применения антибактериальной терапии, исключая обострение по первому типу.

Основополагающий принцип — сочетание локальных лечебных воздействий с одновременной или последовательной коррекцией расстройств нервной, эндокринной, сосудистой и других систем, при этом устранение болевого синдрома — главная преследуемая цель. Необходимость стимуляции неспецифической иммунологической резистентности, обязательное лечение сопутствующей гинекологической (миома матки, эндометриоз, ретенционные истинные опухоли яичников, СПКЯ, мастопатия) и экстрагенитальной патологии, рациональное использование методов общей и местной терапии, разумное ограничение фармакотерапии за счет более широкого использования немедикаментозных и нетрадиционных методов лечебного воздействия при проведении терапии хронического сальпингита, сальпингоофорита, периоофорита являются строго обязательными. Сохраняют силу ряд других принципов: учет уровня поражения системы, регулирующей репродуктивную функцию; принцип этапности и комплексности лечения; конкретные комплексы определяются исходя из патогенетических особенностей заболевания; правильный выбор лечебной тактики (методов консервативного лечения, времени и показаний к хирургическому лечению); точный учет результатов проведенного лечения.

Фармакотерапия. Антибактериальное лечение показано в случаях обострения хронического сальпингоофорита по первому типу, когда ранее оно не использовалось, на фоне физиолечения и нетрадиционных мето-

дов при риске обострения воспалительного процесса. Широко назначают болеутоляющие средства (ненаркотические анальгетики, ингибиторы простагландинов); седативные и нейротропные вещества (растительного происхождения, центральные М-холинолитики — амизил, метамизил, малые транквилизаторы — нозепам, мезапам, феназепам, грандаксин); десенсибилизирующие средства; адаптогены и тонизирующие препараты (элеутерококк, левзея, заманиха, лимонник китайский, пантокрин, пикамилон, сиднокарб, сиднофен); дифференцированную иммунокоррекцию (см. *Сальпингит острый, хламидиоз*); тканевую терапию (райц-терапию); гормональную коррекцию вторичной гипофункции яичников в строгом соответствии с тестами функциональной диагностики; ферменты (ронидаза, лидаза, коллиназа, хонсурид, дезоксирибонуклеаза, карипазим, трипсин, химотрипсин).

Немедикаментозное лечение. Лечебные физические факторы — это ведущий компонент комплексного патогенетического лечения. *Климатические факторы* включают аэротерапию (общие и местные воздушные ванны); талассотерапию (лечение купанием в море и приморским климатом); гелиотерапию (лечение солнечной энергией). Бальнеотерапию — лечение естественными физическими факторами осуществляют в условиях курорта или санатория. Основные лечебные факторы — гидротерапия и пелоидотерапия (грязелечение). Широко используют общие и местные (сидячие) пресные ванны, вибрационные ванны, общие ароматизированные ванны (хвойные, шалфейные, скипидарные); общие газовые ванны — жемчужные, кислородные, пенистые. В виде ванн, влагалыщных орошений, микроклизм применяют сульфидные, углекислотные, радоновые, соляные, йодобромные воды. Соляные, углекислые, сульфидные воды, пелоиды, пелоидоподобные вещества противопоказаны при относительной гиперэстрогении, а лечение радоном, йодом, бромом — при гипофункции яичников.

Искусственные (пресформированные) *физические факторы*: ультразвуковая терапия и фонофорез; лекарственный электрофорез гальваническим или импульсным током низкой частоты (синусоидальный модулированный (СМТ), диадинамический (ДДТ), флюктуирующий (ФТ)); для лекарственного электрофореза применяют медь, цинк, амидопирин, антипирин, магний, новокаин, ферменты, кислотный остаток салициловой кислоты; переменные поля высокой частоты (ВЧ), ультравысокой (УВЧ) и сверхвысокой частоты (СВЧ), которые представлены микроволнами сантиметрового (СМВ) и дециметрового

(ДМВ) диапазона; магнитные поля — в виде магнитного поля переменного (ПсМП) низкой частоты или бегущее импульсное магнитное поле.

В комплексном патогенетическом лечении хронического сальпингоофорита также применяют различные виды рефлексотерапии (акупрессуру, электроакупунктуру, лазерпунктуру, ИРТ, криоакупрессуру); лазерной терапии (гелий-кадмиевый, гелий-неоновый, ИК-лазер); баротерапии (гипербарическую оксигенацию, нормобарическую гипокситерапию); детоксикации (УФОК, ВЛОК, плазмаферез); фитотерапию; лечебную гимнастику, лечебный массаж и психотерапию.

Принято различать обострение хронического сальпингоофорита (I и II типы), первично хронический сальпингоофорит, стадию ремиссии и остаточных явлений (рубцово-спаечный процесс), реабилитацию.

Обострение хронического сальпингоофорита. Выделяют два типа обострения: I — протекающий с инфекционно-токсическими проявлениями и II — с явлениями невралгии тазовых нервов.

I тип. Лечение проводят в стационаре. Цель лечения: устранение интоксикации, борьба с инфекцией, нормализация гомеостаза. Наиболее рациональной терапией данного типа обострения является комплексное этиологическое (фармакотерапия) и патогенетическое (физические факторы, нетрадиционные методы) лечение.

Фармакотерапия. Проводят, как при остром сальпингите.

Немедикаментозное лечение. Используют: традиционную методику УФ-облучения, 6—8 процедур; СМВ- и ДМВ-микроволны, 15—20 процедур; лекарственный электрофорез с 2 %-м р-ром антипирина, 2 %-м р-ром кальция хлорида, 1—2 %-м р-ром цинка сульфата, 15—20 процедур; ПсМП, 15 процедур. Из нетрадиционных методов показаны ИРТ (по схеме лечения острого сальпингита); лазертерапия (гелий-кадмиевый, гелий-неоновый лазер); немедикаментозные методы детоксикации. При этом исходят из основных клинических эффектов этих методов. Экстракорпоральная гемосорбция обладает выраженным детоксикационным эффектом. Плазмаферез, кроме детоксикации, оказывает антимикробное действие, эффект иммуностимуляции или иммунодепрессии. УФОК — улучшает гемореологию крови, устраняет коагуляционные нарушения, снижает гипоксию, стимулирует костный мозг, репаративные процессы в организме, нормализует гормональный баланс, оказывает незначительный эффект иммуностимуляции и не обладает деток-

сикационными свойствами. ВЛОК — уменьшает интоксикацию, улучшает реологические свойства крови, микроциркуляцию, обладает выраженным иммуномодулирующим эффектом, нормализует гемостаз, липидный обмен, оказывает нейротропный эффект, проявляет симпатиколитическую активность.

II тип (невралгия тазовых нервов). Лечение осуществляют в женской консультации, санатории. Цель лечения: снятие болевых ощущений, повышение резервных возможностей симпатoadренальной и эндокринной систем.

Фармакотерапия. Назначают иммуномодуляторы, адаптогены, ненаркотические анальгетики, витамины, трентал. Одновременно проводят терапию нейротропными средствами: *L-Дофа* (левапа) — по 500 мг 1 раз в день утром после еды; *этимизол* — по 0,1 г 2 раза в день (спустя 1 ч после приема левапа и в середине дня); *оротат калия* — по 0,5 г 3 раза в день. Курс лечения 20 дн. В первые 3 дня терапии дополнительно используют *амизил* — по 0,001 г 3 раза в день. Антибактериальное лечение не проводят. Необходимо рациональное питание.

Немедикаментозное лечение. *Аппаратная физиотерапия:* ультразвук в импульсном режиме, фонофорез с гидрокортизоном, биокартаном; импульсные токи низкой частоты (СМТ, ДДТ, ФТ); лекарственный электрофорез с цинком, йодом, прополисом, лидазой, анальгетиками, магнием, медью в зависимости от гормональной функции яичников. ИРТ проводят по схеме: 1-й день — кнопочные постоянные иглы на 7—8 сут. в АТ 13, АТ 34, АТ 22; воздействие на ТА: *G14, E36, RP6, RP4*; 2-й день — *RP2, RP9, V60*; 3-й день — *VG14, V11*; 4-й день — *V20, V22, V53*; 5-й день — *V23, V53*; 6-й день — *R6, R7*; 7-й день — *RP6, R13*; 8-й день — гидропрессура 0,25 %-м раствором новокаина в точки *V23, V25, V33* в количестве 5—7 мл — при сохранении болевого синдрома; 9-й день — воздействуют на ТА: *VC2, VC6, VB27*; 10-й день — *VB39, VB32, V60*; 11-й день — *RP5, R1, R3*; 12-й день — *G14, E36, RP6*. Метод тормозной по первому варианту. Экспозиция игл 1 ч.

Лазертерапия. Ее проводят по одному из вариантов: 1. Гелий-неоновое лазерное излучение (длина волны — 0,63 мкм, мощность на конце световода 19—20 мВт, диаметр светового пучка — 5 мм, экспозиция — 2—3 мин, методика воздействия — трансвагинальная на соответствующий влагалишный свод (ы), курс лечения 9—15 процедур). 2. Лазерпунктуру ГНЛ сочетают с пресакаральными блокадами. ГНЛ воздействуют в течение 18 дн. по 30 с на ТА меридианов мочевого пузыря, перикарда, точки общего

воздействия. Пресакрально вводят 80—100 мл 0,25 %-го р-ра новокаина (достаточно 1—2 блокад с интервалом в 3 мес.). 3. ИК-лазер в импульсном режиме (длина волны — 0,89 мкм, частота импульсов — 600 и 1500 Гц, мощность импульса — от 2,0 до 4,0 Вт, экспозиция — 128 с на обе паховые области, методика сканирующая, через 5 %-й р-р аскорбиновой кислоты, курс — 10—15 процедур).

Баротерапия. Гипербарическая оксигенация (ГБО) способствует уменьшению тканевой гипоксии, улучшению трофики тканей, снятию болевого синдрома. Нормобарическая гипокситерапия (вдыхание смеси, содержащей 9—10 % кислорода, 91—90 % азота) способствует повышению иммунозащитных свойств организма. Дифференцированная этапная физиотерапия при обострении хронического сальпингооофорита представлена в табл. 30.

Табл. 30. Этапная аппаратная физиотерапия при обострении хронического сальпингооофорита

Тип обострения	
I (экссудативная реакция)	II (изменения в нейроэндокринной системе)

Первый этап

ДМВ по кожной методике ежедневно, курс 3—5 дней. При отсутствии патологической ответной реакции организма переходят на полостную методику воздействия ДМВ, на курс лечения 10 процедур

Фонофорез диоксида по влажной методике ежедневно, курс 10 процедур

Ручной классический сегментарный массаж

Второй этап

Влагалищный фонофорез лекарственной смеси: димексида, хлорофиллипта, новокаина, курс 10—15 сеансов

Курс комплексного патогенетического лечения

Десенсибилизирующая терапия
Витамины
Седативные и общеукрепляющие средства

фонофорез гидрокортизона по наружной методике, 10—15 процедур; шеечная декомпрессия; гидротубации лекарственной смесью (димексид, диоксидин, новокаин, антибиотики)

Первично хронический сальпингооофорит. Лечение носит комплексный и этапный характер. На первом этапе назначают дифференцированную иммунокоррекцию и лечение обострения воспаления (фармакотерапия и немедикаментозное лечение); на втором — антиагреганты (трени-

тал, курантил, теоникол, компламин и др.), из АФТ используют ультразвуковую терапию; на третьем этапе — фармакотерапия (адаптогены, биостимуляторы) в сочетании с грязелечением, скипидарными ваннами.

Ремиссия хронического сальпингоофорита. Цель лечения — достижение анальгезирующего и фибринолитического эффектов, восстановление функций эндокринной, нервной и других систем. Основными компонентами комплексной терапии являются физио- или (и) *бальнеотерапия* (табл. 31). Вспомогательное значение носят *лечебный массаж* (гинекологический), *лечебная гимнастика*, *местная климатотерапия*, *гидротерапевтические процедуры* в домашних условиях. При вторично развившихся эмоционально-невротических расстройствах и стойком болевом синдроме показана *психотерапия* (рациональная или в форме аутогенной тренировки), а при недостаточной эффективности — *нейротропные вещества* (амизил, метамизил, левопа, транквилизаторы).

Медикаментозную терапию (биогенные стимуляторы, ферменты, аутогемотерапия, лечение вакцинами, полисахаридами) используют как средство повышения неспецифической резистентности организма. Применение биогенных стимуляторов одновременно с физио-, бальнеотерапией и в период ее последствий (до 8 нед.) нерационально. Снятие болевого синдрома проводят ненаркотическими анальгетиками (ректальные свечи, микроклизмы) или (и) регионарными блокадами. Антибактериальная терапия в период ремиссии необоснованна. Она показана для профилактики обострения процесса в придатках матки и в экстрагенитальных очагах хронической инфекции при лечении протидиозаном (пирогеналом) или лидазой (ронидазой и др.), или если ранее она не применялась вообще. Обязательна *корректирующая гормональная терапия* по общепринятым установкам, руководствуясь тестами функциональной диагностики.

Особенности физиотерапевтического лечения: отказ от внеполостных (накожных) методик выполнения с переходом в основном на внутривлагалищную и ректальную; физиолечение должно быть достаточно продолжительным (20—25 процедур) и многокурсовым (2—3 курса с интервалом в 2 мес.); на выбор лечебного физического фактора большое влияние оказывает состояние гормональной функции яичников больной. Приступая к корректирующей гормональной терапии, необходимо ликвидировать или максимально ослабить клинические проявления хронического сальпингоофорита. Негормональную коррекцию гипофункции яичников осуществляют комплексно: на-

Табл. 31. Дифференцированная физиотерапия хронических воспалительных заболеваний придатков матки в период ремиссии, при спаечных изменениях в малом тазу, включая облитерацию маточных труб

Особенности клинической ситуации	Физиотерапия
Частые обострения воспалительного процесса с экссудацией в патологическом очаге	ДМВ и СМВ — терапия (предпочтительнее) или магнитное поле ВЧ (область надпочечников); лазер-терапия (гелий-кадмиевый лазер)
Стойкий болевой синдром	Динамические токи (предпочтительнее) или сочетанный лекарственный электрофорез (ангиолин + кислотный остаток салициловой кислоты) синусоидально модулированными токами; ИК-лазер
Фиксированная (субфиксированная) ретродевация матки:	Электрофорез йода
а) функция яичников не изменена или имеется относительная гиперэстрогения;	Электрофорез роннидазы и других ферментов в сочетании с гинекологическим массажем (только после исключения гиперэстрогении)
б) гипопункция яичников	

Генитальный инфантилизм	Возраст до 35 лет старше 35 лет	Ток надтоновой частоты, особенно в сочетании с электрофорезом меди (предпочтительнее), или сочетание электрофореза меди с индуктотермией, или одна индуктотермия
Исходная гормональная функция яичников	Возраст до 35 лет, длительность заболевания до 10 лет	Индуктотермия в комбинации с электрофорезом йода (лучше), ферментов
	Возраст свыше 35 лет, продолжительность заболевания более 10 лет	Электрофорез йода (предпочтительнее) или ферментов
Гипофункция яичников	Возраст до 35 лет, длительность заболевания до 10 лет	Сочетание электрофореза меди с индуктотермией
	Возраст свыше 35 лет, продолжительность заболевания более 10 лет	I этап — электрофорез ферментов; II этап — электрофорез меди
Гиперэстрогения с ановуляцией	Электрофорез йода	
Гиполютеинизм	Электрофорез цинка	

значают медикаменты (витамины А, Е, С, фолиевую кислоту), применяют электрофармакологический метод (лекарственный электрофорез микроэлементов по фазам цикла), используют немедикаментозные влияния (АФТ, бальнеолечение, климатотерапию, различные методы рефлексотерапии). Предпочтение отдают лечебным грязям, озокериту, ультразвуку в импульсном режиме, импульсным токам низкой частоты, электрофорезу меди, вибрационному массажу, дозированной локальной гипертермии, индуктотермии, минеральным водам (сульфидные, углекислотные, мышьяксодержащие). Женщинам старше 35—40 лет показаны лекарственный электрофорез с йодом, медью, цинком, ферментами или вибромассаж. При сочетании хронического сальпингооофорита с миомой матки, не требующей оперативного лечения, эндометриозом, гиперпластическими процессами эндометрия, мастопатией назначают лекарственный электрофорез йода, йода и цинка, йода и амидопирина, радоновые и йодобромные ванны, бегущее импульсное магнитное поле, ЦЭА. При рубцово-спаечном процессе необходимо исключить электрофорез с кальцием, обязательна стимуляция глюкокортикоидной функции надпочечников (ДКВ, микроволны).

Остаточные явления хронического сальпингооофорита. Это лечение рубцово-спаечного процесса, возникающего в результате перенесенного воспалительного процесса. Цель лечения — устранение стойкого болевого синдрома, бесплодия, нарушений гормональной активности яичников, эмоционально-невротических и других функциональных расстройств, обусловленных длительным течением основного процесса. Лечение комплексное (табл. 32), этапное, проводят по одному из вариантов, исходя из цели.

Табл. 32. Комплексная терапия остаточных явлений хронического сальпингооофорита

Варианты терапии	
первый	второй
1	2

Общие мероприятия: рациональное (по показаниям — диетическое) питание; лечебная гимнастика; ручной массаж

1-й этап (ликвидация, ослабление болевого синдрома). Фармакотерапия: ненаркотические анальгетики (свечи), витамины С, В, седативные препараты

1-й этап. Фармакотерапия: ненаркотические анальгетики, витамины С, В, седативные препараты, адаптогены, иммунокоррекция

1	2
<p>Немедикаментозное лечение: 2 курса АФТ с интервалом в 2 месяца: импульсные токи низкой частоты; бегущее импульсное магнитное поле; при противопоказаниях (экстрагени- тальная патология) — ПсМП, ультразвук в импульсном режиме; или лазертерапия (ИК-лазер); ИРТ; чрес- кожная электроннойростимуляция (ЧЭНС) — эти методы не противопо- казаны при миоме матки, эндометри- озе, мастопатии</p>	<p>Немедикаментозное ле- чение: дифференцированная АФТ (при ановуляции — элек- трофорез йода и пипика, йодоб- ромные ванны; при гиперпла- стических процессах эндомет- рия — радоновые ванны; при гипопитуизме — грязелече- ние)</p>
<p>2-й этап (профилактика возобно- вления, усиления болей). Проводят спустя 6—8 нед. после заключитель- ного курса 1-го этапа. Основные воз- действия: гальванизация (по <i>Г. А. Келлату</i>) шейно-лицевой области (2 курса по 20 процедур), противопока- зана при миоме матки, аденомиозе, геморрое; эндоназальная гальвани- зация (по второй схеме <i>Г. Н. Кас- сия</i>); нежелательна гальванизация области «воротника» (по <i>А. Е. Шербак</i>)</p>	<p>2-й этап. Проводят при нали- чии сопутствующего беспло- дия: седуксен (сибазон, фени- бут) — во 2-ю фазу менструаль- ного цикла; электростимуля- ция маточных труб при функ- циональной неполноценности; лечебные гидротубации (по по- казаниям с ферментами); ам- плипульстерапия</p>
<p>Реабилитация. При хроническом сальпингооофо- рите выделяют три уровня реабилитации: <i>первый</i> — кли- ническое выздоровление (улучшение общего состояния, исчезновение болевого синдрома, уменьшение), исчезно- вение анатомических изменений в придатках матки, нор- мализация картины крови; <i>второй</i> — восстановление эн- докринной функции половой системы (восстановление менструального цикла, нормализация тестов функцио- нальной диагностики, улучшение гормональных соотно- шений); <i>третий</i> — восстановление адаптационно-защит- ных механизмов и репродуктивной функции (нормализа- ция симпатоадреналовой системы, наступление беремен- ности). В соответствии с уровнем реабилитации необ- ходимо соблюдать этапность и строгую последователь- ность терапевтических мероприятий. В основу реабилита- ционного метода лечения в период стойкой ремиссии должен быть положен принцип воздействия физическими и немедикаментозными факторами с учетом особенностей менструальных циклических процессов в организме (табл. 33).</p>	<p>3-й этап. Рациональная пси- хотерапия, гипносуггестивные методы воздействия; рефлекс- отерапия (ИРТ, ЛП, ЭЛАП)</p>

Табл. 33. Циклическая немедикаментозная реабилитация при хроническом сальпингооофорите

Фаза менструального цикла	
первая (пролиферации)	вторая (секреции)

Цель лечения

Активация парасимпатического звена вегетативной нервной системы, повышение порога возбудимости, усиление вегетативной обеспеченности этой системы

Активация симпатического отдела вегетативной нервной системы

Средства воздействия

Электрофорез с новокаином шейно-лицевой области

С 17-го по 26-й день менструального цикла — эндоназальный электрофорез с витамином В₁

С 10-го по 24-й день менструального цикла — электростимуляция шейки матки (по С. П. Давыдову) или лазерстимуляция гелий-неоновым лазером

С 5-го по 25-й день цикла — гинекологический массаж с нарастающей продолжительностью сеансов от 5 до 20 мин

Терапия болевого синдрома у больных с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями представлена в табл. 34.

Табл. 34. Физиотерапия при болевом синдроме, обусловленном остаточными явлениями хронического сальпингооофорита, у больных с экстрагенитальной патологией

Заболевание	Физиотерапия
Хронический тонзиллит	Сочетанный электрофорез амидопирина (антипирина) и кислотного остатка салициловой кислоты
Вегетососудистая дистония по типу: гипертоническому гипотоническому	Магнитотерапия или электрофорез амидопирина
Нейрогенные заболевания сердца	Флюктуоризация (предпочтительнее) или амплипульс-терапия
Компенсированный порок сердца ревматического происхождения	Сочетанный электрофорез амидопирина и кислотного остатка салициловой кислоты
Дискинезия желчных путей и толстой кишки	Электрофорез магния
Хронический рецидивирующий гастрит, колит, гепатохолецистит, панкреатит	Магнитотерапия (предпочтительнее) или электрофорез амидопирина

1	2
Почечно- или желчнокаменная болезнь	Магнитотерапия или электрофорез магния
Хронический тромбоз венозной системы в малом тазу	Магнитотерапия (предпочтительнее) или УФ-эритемотерапия
Аллергическое состояние	Магнитотерапия (предпочтительнее) или УФ-эритемотерапия (воздействие на зону «трусов»)

Профилактика рецидивов и осложнений. Учитывая хронобиологические ритмы функциональных систем, используют иммуномодуляторы. Их назначают во вторую фазу менструального цикла в весенне-осенний период. Осенью иммуномодуляторы сочетают со средствами улучшения микроциркуляции (трентал, компламин, цернилтон, электрофорез с гепарином).

2.6. ПЕРИТОНИТ

Это воспаление брюшины малого таза (пельвиоперитонит) или за пределами его (диффузный или разлитой перитонит). Лечение проводят с учетом его клинической формы и стадии, характера возбудителя, степени нарушенной метаболических процессов и функции жизненно важных органов (табл. 35).

Принято выделять общую и местную терапию перитонита. Первую осуществляют путем коррекции водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и белкового обмена; восстановления нарушений функции внутренних органов; борьбы с инфекцией и интоксикацией. Местная терапия включает раннее удаление очага инфекции и борьбу с паралитической кишечной непроходимостью. Лечение перитонита этапное и включает предоперационную подготовку, оперативное вмешательство, интенсивную терапию в послеоперационном периоде.

Фармакотерапия — см. табл. 35.

Немедикаментозное лечение. Проводят перед операцией или после нее. Широко применяют немедикаментозные методы детоксикации (см. *Сальпингит острый*), лазеротерапию (ВЛОК, ультрафиолетовый, инфракрасный), ИРТ, баротерапию.

Хирургическое лечение. Предоперационная подготовка — обязательный и важный этап лечения. Длитель-

Табл. 35. Основные компоненты лечебных мероприятий при пельвиоперитоните и перитоните (фармакотерапия и немедикаментозное лечение)

Компоненты лечебного комплекса	Препараты и лечебные мероприятия	Суточная доза и способ введения	Длительность терапии, периодичность введения препарата
Обеспечение лечебно-охранительного режима	Покой, криотерапия, щадящая диета	—	От 3 до 7—10 дн.
Антибактериальная терапия	(см. <i>Сальмонит острый</i>)	В/в, в/м, внутрь, в брюшную полость	От 5—7 до 14 дн.
Дезинтоксикационная терапия (коррекция микроциркуляции):	Реополиглюкин, гемодез-полидес, глюкозо-новокаиновая смесь	В/в капельно суммарно до 2,5—3 л	3—7 дн.
при пельвиоперитоните	Дополнительно: р-р Рингера-Локка, Дарроу, глюкоза (5 %-й р-р), ацесоль, дисоль, трисоль, калия хлорид, курантил	То же В/в внутрь	Ежедневно То же
при перитоните и в послеоперационном периоде	То же, дополнительно альбумин, плазма, донорская кровь, гепарин, фенилин	100—200 мл 10% — 20% р-ра; кровь по показаниям (анемия); гепарин по 5000 ЕД 4—6 раз п/к	Альбумин чередуют с плазмой в течение 2—5 сут.; гепарин 4—5 дн. с переходом на непрямые антикоагулянты
Десенсибилизирующая терапия	Димедрол, пипольфен, супрастин, фенкарол, перитол, димебон, диазолин	1—2 мл в/м 2 раза в день; 0,05 г 3 раза внутрь	3—7 дн. (острый период) С 4—8 сут.

Специфическая иммунотерапия	(см. <i>Сальпингит острый</i>)		
Общеукрепляющие средства	Витамины С, Е, В ₆ , Рр, венорутон, поливитамины	Внутрь, в/м	Ежедневно в течение 10 дн. и по фазам цикла
Немедикаментозная детоксикация	(см. <i>Сальпингит острый</i>)		
Расслабляющее лечение	Микроклизмы с травами	—	Не ранее 7—10-го дня, 10—12 дн. ежедневно
Стимуляторы иммунитета	(см. <i>Сальпингит острый</i>)		
Аппаратная физиотерапия	УФО гипогастральной области	—	С 3—5-го дня, 6 процедур
Пельвиоперитонит	Лекарственный электрофорез	—	После УФО или вместо него, 10—12 процедур
Послеоперационный период	УВЧ гипогастральной области Фонофорез	—	С 3—4-х сут., 6 процедур С 10-х сут., 6 процедур

ность ее колеблется от 2 до 6 ч, в зависимости от тяжести заболевания больной, степени интоксикации и состояния гемодинамики. Сокращают ее до минимума в случае невозможности исключения у больных диагноза деструктивного аппендицита, кишечной непроходимости или другой хирургической патологии. Основные компоненты предоперационной подготовки: коррекция водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния; восполнение болевого синдрома; улучшение функции паренхиматозных органов; введение стероидных гормонов; желудочная декомпрессия; кардиотоническая терапия; улучшение микроциркуляции; антибактериальная терапия; введение ингибиторов протеаз.

Оперативное вмешательство. Является главным в лечении перитонита. Цель операции: удаление источника перитонита (инфекции), экссудата из брюшной полости, проведение декомпрессии пищеварительного канала и адекватного дренирования. Главное условие — выполнение операции в ранние сроки от начала заболевания. Оперативный доступ — нижнесрединная лапаротомия. Во время операции хирург должен уточнить форму перитонита по характеру экссудата и распространенности поражения брюшины (ограниченный, диффузный). Объем хирургического вмешательства зависит от тяжести и локализации процесса, возраста, состояния больной. Устранение хирургическим путем анатомического источника перитонита — главное в выполнении вмешательства. Объем операции должен быть радикальным и включать: удаление яичников (придатков) — при пиосальпинксе, пиооваре; удаление матки с трубами — при перитоните после кесарева сечения.

Нижнесрединная лапаротомия позволяет провести ревизию органов малого таза, определить характер экссудата, осуществить трансназальную интубацию тонкой кишки при значительно выраженном парезе. При необходимости интубируют толстый кишечник через анальное отверстие до селезеночного угла после растяжения ануса по Субботину. Далее проводят тщательный туалет брюшной полости антисептическим раствором после оценки характера экссудата и обязательное дренирование брюшной полости и малого таза по общим принципам (см. *Сальпингит острый*). При пельвиоперитоните и начинающемся диффузном перитоните не рекомендуется перитонеальный диализ из-за ряда недостатков (гидроперитонеум, генерализация процесса, образование межпетлевых и поддиафрагмальных абсцессов, абсцесса сальниковой сумки,

кишечных свищей, большие солевые потери, гипопротемия, возникновение сердечно-сосудистой недостаточности). Желательно введение вне раны и дренажного отверстия микроирригаторов для проведения интраперитонеального орошения брюшной полости максимальными и супермаксимальными дозами антибиотиков широкого спектра действия и нитрофуранов. Однако тотальный перитонит, наличие заболевания с выраженной интоксикацией являются показаниями к проведению брюшного диализа.

Перспективный метод — открытое ведение брюшной полости — перитонеостомия и ее санация через день с целью профилактики образования вторичных метастатических очагов инфекции или дренирования возникших затеков. Показания: перитонит вследствие прорыва гнойных опухолей придатков в брюшную полость; после операции кесарева сечения; после гнойного эндометрита на фоне ВМС. Методика включает: 1) удаление источника перитонита; 2) промывание брюшной полости антисептическими растворами (7—9 л), туалет брюшной полости; 3) дополнительные вмешательства (разделение спаек, илеостомия); 4) дренирование в подвздошных областях и подреберьях, интубацию кишечника; 5) перед наложением швов на переднюю брюшную стенку петли кишечника покрывают перфорированной полиэтиленовой пленкой, поверх которой накладывают многослойную стерильную марлевую салфетку, пропитанную раствором антисептика. Далеу пленку заводят за края париетальной брюшины, на рану брюшной стенки накладывают через все слои 3—4 временных лавсановых шва, что позволяет осуществлять прогнозируемую релапаротомию (удалять гнойный экссудат, пленки фибрина, промывать брюшную полость, проверять проходимость дренажей). Продолжающаяся гнойная экссудация является показанием к повторному промыванию. Открытое ведение продолжается 3—7 сут.

Послеоперационное ведение. Основные задачи — восстановление и поддержание нормального гомеостаза. Продолжают комплексное дифференцированное интенсивное лечение (см. табл. 35), начатое еще до операции, используя современные методы медикаментозной и немедикаментозной детоксикации (см. *Сальпингит острий*).

Для профилактики и борьбы с парезом кишечника используют рефлексотерапию (ИРТ, ЛРТ) на ТА: E36, E25, J6, J12 в сочетании с медикаментозными воздействиями. Содержимое тонкого кишечника удаляют отсосом или

шприцем Жанэ каждые 2—3 ч с последующим промыванием теплым изотоническим раствором хлорида натрия (минеральная вода). При перинеостомии брюшную полость промывают антисептическим раствором под наркозом через день в течение 6—8 дн. Интраперитонеальное орошение брюшной полости проводят лекарственной смесью ежедневно (3—4 дня): канамицин — 4 000 000—8 000 000 ЕД, фурацилин — 1:5000 — 300 мл, новокаин (0,5 %-й р-р — 100 мл/сут.). Описанный метод антибактериальной терапии допустим при широком дренировании брюшной полости. Дренажные трубки извлекают на 3—6-е сутки. Герметизацию брюшной полости при перинеостомии производят после исчезновения фибрина, порозовения кишечника и восстановления его перистальтических движений. Широко применяют гелий-неоновый лазер (длина волны — 0,63 мкм) на область послеоперационного шва, дренажей (сфокусированный луч, плотность мощности — 3,3—4,8 мВт/см²), гипогастральную область (расфокусированный луч, плотность мощности — до 100 мВт/см²), ВЛОК (3—5 сеансов через день, экспозиция — до 60 мин) или ВЛОК УФ-лазером (2—7 сеансов, экспозиция — 15 мин, длина волны — 0,337 мкм). Дальнейшее ведение соответствует общепринятым установкам.

2.7. СЕПСИС

Это общее инфекционное заболевание («вторая» болезнь), возникающее в связи с существованием в организме очага инфекции. Протекает на фоне измененной реактивности организма и имеет ряд особенностей (этиологических, эпидемиологических, клинических, иммунологических, патологоанатомических).

Лечение акушерско-гинекологического сепсиса должно быть комплексным (этиотропным, патогенетическим); систематическим, а не бессистемным; активным (возможно раннее его начало). Предусматривает сочетание ликвидации гнойного очага с интенсивным лечением (катетеризация полых вен), рис. 9. Такой контингент больных наиболее целесообразно лечить в специализированных противосепсисных центрах.

Фармакотерапия. Выступает в роли базисной терапии, в которой выделяют четыре основных направления лечения: антибактериальное, антикоагулянтное, антиферментное, иммунное. *Антибактериальная терапия.* До идентификации возбудителя (табл. 36) назначают два новейших антибиотика максимальной синергидности; после

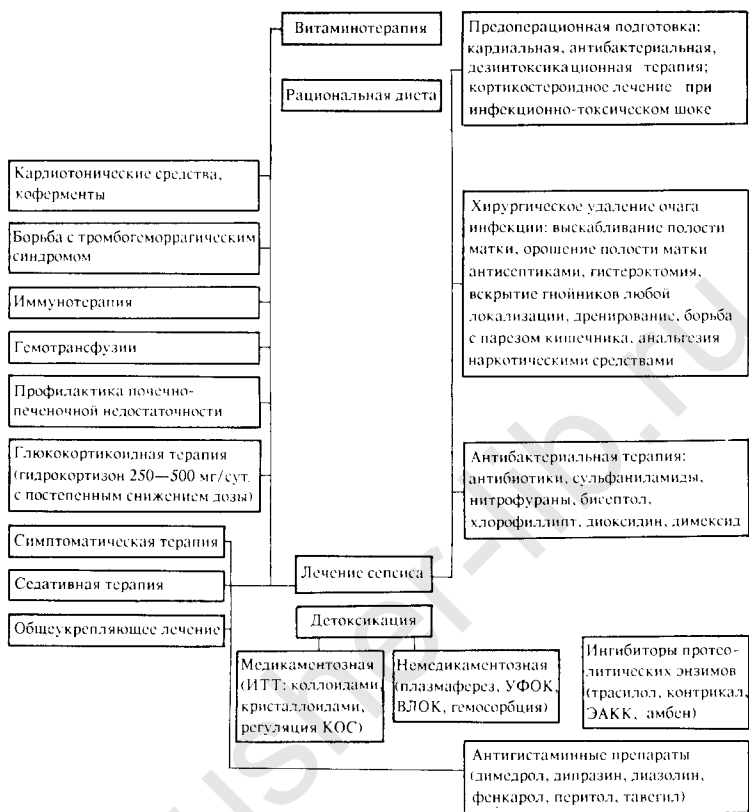


Рис. 9. Схема лечения послеродового (послеабортного) сепсиса.

идентификации — антибиотики направленного действия (табл. 37) в предельно высоких дозах. Смену антибиотиков проводят спустя 4—5 дн. при отсутствии клинического эффекта. Идеальной может быть комбинация амикацина с клафораном и метрогилом. Антибактериальное лечение продолжают до сохранения стабильной нормальной температуры тела в течение не менее 2 недель и полного клинического благополучия. Целесообразно сочетание антибиотиков с сульфаниламидами (солафур, этазол натрия, сульфацил натрия), нитрофуранами (фурагин), хлорофиллиптом (в/в по 3—4 мл 0,25 %-го р-ра 3—4 раза в сутки в течение 7—8 дн., затем внутрь по 4—5 мл 1 %-го р-ра 4

раза в день в течение 8—10 дн.). Обязательным условием являются профилактика и лечение дисбактериоза, которые проводят общепринятыми методами (см. *Сальпингит острый, микозы*).

Табл. 36. Схема применения антибиотиков и их комбинации при сепсисе

При неизвестном возбудителе		
комбинация антибиотиков	суточная доза	путь введения
Цефалоспорины (кефзол, цефопорин, цефалоридин и др.)	4,0—10,0 г	В/в
Гентамицин	160—320 мг	В/м
Оксациллин	2,0—4,0 г	В/в
Ампициллин	4,0—6,0 г	В/м
Карбенициллин	12,0—20,0 г	В/в
Бензилпенициллин	10—20 млн ЕД	В/м

Табл. 37. Антибактериальная терапия сепсиса при известном возбудителе

Микроорганизм	Антибиотик	Суточная доза, г
1	2	3
Стафилококк	Оксациллин, ампициллин, диклоксациллин	4,0—10,0
	Линкомицин	3,0—6,0
	Цефалоридин	6,0—10,0
	Гентамицин	0,24
	Диоксидин	1,0—1,2
Стрептококк	Бензилпенициллин	До 120
	Цефалоридин	6,0—10,0
	Диоксидин	1,0—1,2
Энтерококк	Ампициллин, оксациллин	4,0—6,0
	Цефалоридин	6,0—10,0
Синегнойная палочка	Гентамицин	0,24
	Карбенициллин	10,0—20,0
	Полмиксин	1,0—2,0
	Диоксидин	2,0—2,4
Кишечная палочка	Гентамицин	0,24
	Диоксидин	1,6
	Ампициллин	6,0—10,0

1	2	3
Протей	Полимиксин	1,0—1,2
	Цефалоридин	6,0—10,0
	Канамицин	1,0—2,0
	Гентамицин	0,16—0,24
	Канамицин	1,0—2,0
	Карбенициллин	10,0—20,0
	Диоксидин	2,4

Лечение тромбогеморрагического синдрома. С этой целью используют реокорректоры (плазмозаменители), дезагреганты, гепарин, криоплазму. Всем больным с сепсисом вводят в/в гепарин по 20 000—30 000 ЕД/сут. В особо тяжелых случаях показана мониторинговая гепаринизация — в/в по 1700—2000 ЕД гепарина ежедневно (до 40 000—50 000 ЕД/сут.) под контролем коагулограммы. Для ИТТ применяют коллоиды и кристаллоиды (первые 6 дн. в соотношении 2:1, следующие 6 дн. — 1:1 и последующие дни — 1:1,5). Средний объем жидкости за сутки в первую неделю составляет 3250 мл, во вторую 2150, в последующие — от 800 до 1600 мл. Проводят дифференцированную коррекцию нарушений КОС, рассчитывая недостающее количество катионов и анионов.

Ингибиторы протеолитических ферментов (бактериальных и элиминированных протеаз) производят назначением ферментов (трасилол, контрикал) — около 100 000 КИЕ/сут.

Иммунотерапия. Проводят по общепринятым правилам коррекции иммунодефицитных состояний (см. *Сальмонеллез острый*). Обязательными компонентами базисной терапии сепсиса являются общеукрепляющие (витамины, анаболические стероиды, парентеральное питание), десенсибилизирующие, седативные, корригирующие (эритромаасса, альбумин, плазма, кортикостероиды, противошоковые) и симптоматические средства. Базисная терапия эффективна только при септицемии и на ранних стадиях септикопиемии. При поздней септикопиемии базисную терапию дополняют немедикаментозными методами детоксикации (плазмаферез, УФОК, ВЛОК, ГБО, ассистирующая гетероселезенка). При септикопиемии к лечению больных привлекают смежных специалистов (хирурги, урологи, кардиологи, пульмонологи, нейрохирурги).

Хирургическое лечение. Оперативное удаление первичного очага инфекции проводят активно и дифференцированно: при остатках последа или скопления организовавшихся сгустков крови (данные экоскопии, клиники, гистероскопии) показано выскабливание полости матки; при отсутствии содержимого в полости матки — промывание 2—3 раза полости матки охлажденным антисептическим раствором (фурацилин, эктерицид, бализ-2 и др.) через двухпросветный катетер; при септицемии обязательна, а при септикопиемии желательна гистерэктомия с трубами; при перитоните после кесарева сечения, некротическом эндометрите, неэффективной консервативной терапии инфекционно-токсического шока и сепсиса с почечно-печеночной недостаточностью — экстирпация матки; при мастите, гнойнике промежности, постинъекционном абсцессе — хирургическое вскрытие, эвакуация гноя, дренирование; при септическом очаге после операции кесарева сечения с отграничением брюшной полости распускают 1—2 шва на коже и апоневрозе, нагноившуюся рану дренируют.

2.8. ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ (СЕПТИЧЕСКИЙ) ШОК

Это грозное осложнение септических заболеваний. Лечение его должно быть многоплановым, носить срочный характер. Если в течение нескольких часов шок ликвидировать не удастся, то в более позднее время это практически невозможно. При построении плана лечения необходимо взвесить клиническую ситуацию и все многообразие патофизиологических сдвигов в организме. Главная особенность лечения инфекционно-токсического шока — его комплексность. Общепринято выделять следующие компоненты комплексного лечения шока.

Фармакотерапия. Интенсивное антибактериальное лечение должно включать 2—3 антибиотика с учетом их действия на различную флору (первый этап), с последующей целенаправленной антибактериальной терапией (второй этап). Дозы препаратов корригируют с учетом функции печени, почек, тяжести заболевания. Адекватную инфузионную терапию проводят в режиме управляемой гемодилюции, в быстром темпе (5—20 мл/мин) до стабилизации гемодинамики. Соотношение между коллоидами и кристаллоидами должно составлять 2,5:1. Объем вводимой жидкости устанавливают на основании измерения ЦВД, цвета кожи, диуреза и лишь в последнюю

очередь — по АД. Для устранения респираторного дистресс-синдрома с первых минут его возникновения показана ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха 5 см вод. ст. смесью 50 %-го кислорода и воздуха. Коррекцию метаболического ацидоза и электролитных нарушений проводят обязательно под строгим контролем соответствующих параметров. Кардиотоническую терапию осуществляют строфантинем или препаратами дигиталиса под контролем ЭКГ (за исключением случаев олигоанурии). Гепарин назначают при коагулопатии потребления до 30 000 ЕД, вводят в/в капельно; восполнение дефицита антитромбина III и плазминогена производят переливанием нативной, свежезамороженной плазмы, гемотрансфузией теплой крови. Неотъемлемой частью проводимого лечения является кортикостероидная терапия, как в массивных, так и в средних дозировках (в зависимости от степени выраженности шока). Преднизолон вводят из расчета 30 мг/кг массы тела больной в/в с полиглюкином. Из вазоактивных веществ (с учетом клинической фазы шока) используют дофамин — от 1 до 50 мкг/кг·мин. В комплекс терапии входят также ингибиторы протеаз и десенсибилизирующие средства. Дифференцированную терапию иммунными препаратами осуществляют после выведения больной из шока.

Последовательность реанимационной помощи отражает формула $VIP-PhS$, где V — вентиляция, I — инфузионная терапия, P — поддержание сердечного выброса и АД, Ph — фармакотерапия (антибиотики, стероиды и др.), S — специфическая терапия (хирургическое лечение).

Немедикаментозное лечение. Наиболее часто применяют методы немедикаментозной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция, УФОК, ВЛОК, ГБО, гетероселезенка).

Хирургическое лечение. Это последовательный этап в лечении больных с инфекционно-токсическим шоком, а не крайняя мера или операция отчаяния. Выбор времени для гистерэктомии зависит от причины шока, тяжести состояния больной (нельзя проводить в фазе холодной гипотонии), клинического опыта и квалификации врача. Своевременное хирургическое удаление инфицированной матки с двусторонним удалением маточных труб дает хорошие результаты; осуществляют во всех случаях безуспешного консервативного лечения, проводимого в течение 6—8 ч. Вопрос об объеме оперативного вмешательства (экстирпация или ампутация матки) решают индивидуально. Инструментальное опо-

рождение полости матки у больных с угрозой развития инфекционно-токсического шока является опасной манипуляцией.

3

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

3.1. ГОНОРЕЯ У ЖЕНЩИН

Заболевание вызывается гонококком А. Нейссера, обладающим тропностью к слизистым оболочкам, покрытым цилиндрическим эпителием. Цель лечения — устранение специфического воспалительного процесса в организме женщины, вызываемого гонококком. Задачи лечения: ликвидация возбудителя в организме; повышение сопротивляемости макроорганизма и пораженных тканей. Терапия гонореи у женщины должна быть комплексной и включать этиотропное, патогенетически обоснованное, симптоматическое, иммуностимулирующее, местное противовоспалительное, физиотерапевтическое лечение.

Условия радикального излечения: 1) максимально ранняя диагностика и немедленное начало лечебных мероприятий; 2) точное определение показаний к госпитализации. Лечение в стационаре подлежат: а) острая и подострая осложненная и восходящая гонорея женщины; б) торпидная (вялотекущая) свежая гонорея нижнего и верхнего отделов мочеполовой системы; в) хроническая гонорея, особенно у беременных, работников детских учреждений, лиц, проживающих в общежитиях, а также женщин, не указавших источник заражения; г) рецидивы гонореи.

Общие принципы лечения: свежую неосложненную гонорею лечат амбулаторно; госпитализируют по социальным показаниям. При острой и подострой неосложненной гонорее нижнего отдела урогенитального тракта у женщин и у детей назначают антибиотики (табл. 38—39). Местное лечение проводят только при наличии противопоказаний к антибиотикам или вообще не используют.

Табл. 38. Антибактериальная терапия гонорей у женщин

Препарат	Способ применения	Разовая доза препарата	Курсовая доза	
			свежая, острая, подострая гонорея	свежая, торпидная, носходящая, хроническая гонорея
1	2	3	4	5
<i>Антибиотики</i>				
Бензилпенициллин	В/м	Первая доза — уларная (600 000 ЕД), далее — по 400 000 ЕД через 3 ч без ночного перерыва	3,4 млн ЕД	4,2—6,8 млн ЕД (зависит от тяжести процесса)
	В/м	Курсовая доза (4 млн ЕД) однократно по 2 млн ЕД в каждую ягодицу. За 30 мин до инъекции и далее через 6 ч — внутрь 0,7 г этамида	2,8 млн ЕД	2,8 млн ЕД
Бициллин-1, 3, 5	Регионарно в мышцу шейки матки, далее в/м	200 000 ЕД однократно	—	6,8 млн ЕД 4,2 млн ЕД
	В/м через 24 ч или через 48 ч	Стереотипно первому способу	3,6 млн ЕД	
	В/м через 24 ч (7—10 инъекций)	600 000 ЕД 1,2 млн ЕД 600 000 ЕД		4,2—6,0 млн ЕД
Ампициллин	В/м через 4 ч	0,5 г	3,0 г	8,0 г
Ампиокс	Внутрь, через 4 ч	0,5 г	12,0—15,0 г (4—5 дн.)	15,0—21,0 г (5—7 дн.)
	В/м, через 6—8 ч	0,5—0,6 г (2,0 г/сут.)	То же	То же
Оксациллин	Внутрь, 5 раз	0,5 г (2,5 г/сут.)	10,0 г	14,0 г

1	2	3	4	5
Карфенцил-лин	Внутри (капсулы), 3 раза в день	0,5 г (1,5 г/сут.)	5,0 г	8,0 г
Левомипсептин	Внутри, 4 раза до еды	0,5 г (2,0 г/сут.)	6,0 г	—
	Внутри, 2 дня по 6 раз в день, остальные дни — по 4 раза в день с ночным перерывом 7—8 ч	0,5 г (3,0 г/сут.); 0,5 г (2,0 г/сут.)	—	10,0 г
Тетрациклин, хлортетрациклин, окситетрациклин	Внутри, 2 дня 5 раз в день через равные промежутки с ночным перерывом 7—8 ч; далее 5 раз в день	0,3 г (1,5 г/сут.)	5,0 г (5 млн ЕД)	10,0 г (10 млн ЕД)
Метаниклин, рондолинин	Внутри, после еды	0,2 г (1,0 г/сут.) 0,6 г (первый прием)	Защита от кандидоза	
	Далее через 6 ч или 2 раза в день после еды с ночным перерывом 8 ч	0,3 г	2,4	4,8 г
	3 раза в день	1,2 г	2,4 г (свежая острая гонорея)	3,6 г (свежая торpidная гонорея)
	4 раза в день	1,2 г	4,8 г (свежая осложненная гонорея)	

Доксициклин	Внутрь (1-й прием), далее каждые 12 ч	0,2 г 0,1 г	1,0 г	1,5 г
Эритромицин	Внутрь, 2 дня 6 раз в сутки, последующие сутки — 5 раз	0,4 г (400 000 ЕД)	8,8 млн ЕД	12,8 млн ЕД
Олететрин	Внутрь (1-й прием) 500 000 ЕД и 3 приема по 250 000 ЕД; остальные дни — 4 раза в день	0,4 г 125 6000 ЕД/ сут.	4 млн ЕД	7,5 млн ЕД
Эрициклин	Внутрь, 5 раз в день после еды	250000 ЕД	3,0 г	6,0—7,0 г
Канамидин	В/м через 12 ч	0,25 г	3 млн ЕД	6 млн ЕД
Рифампицин	Внутрь (1-й прием), далее через 6 ч до еды	1 млн ЕД 0,6 г 0,3 г	1,5 г	6,0 г
Цефалексин	Внутрь капсулы, 2 дня 4 раза в день; с 3-го дня 4 раза в день	0,5 г (2 г/сут.) 0,25 г (1 г/сут.)	5,0 г	7,0 г
<i>Сульфаниламиды пролонгированного действия</i>				
Сульфадиметоксин, сульфамонметоксин	Внутрь, 2 дня 3 раза в день, далее 2 раза в день	1,5 г 1,0 г	15,0 г	18,0 г
Бисептол	Внутрь через 6 ч	4 табл.	16 табл. (7,68 г)	20 табл. (9,6 г)
Сульфатон	Внутрь через 8 ч	4 табл. (1,4 г)	4,2 г	5,6—7,0 г

Табл. 39. Рекомендуемые комбинации антибиотиков при гонорее

Сочетание антибиотиков	Ожидаемый эффект
Бензилпенициллин + канамицин	Синергизм при инфекциях
Оксациллин + ампициллин, или ампиокс	То же
Карбенициллин + канамицин	То же
Цефалексин + ампициллин (примем внутрь)	Расширение спектра действия каждого препарата, усиление активности препарата при пенициллиназообразующих микроорганизмах
Цефалоспорины + канамицин	Сверхширокий спектр действия
Цефалоспорины + метронидазол	Расширение спектра активности метронидазола в отношении анаэробов
Канамицин + левомисетин	Взаимное расширение спектра действия
Бисептол + канамицин	Синергизм
Тетрациклин + нистатин (лево-рин)	Антибактериальное и противогрибковое действие

Основными антибиотиками являются препараты группы пенициллина. По истечении 7—10 дн. после окончания лечения антибиотиками приступают к определению излеченности. При остро протекающих неосложненных рецидивах показана смена антибиотиков — на тетрациклины, макролиды, аминогликозиды; при вялотекущих рецидивах вначале показаны местное лечение и иммунотерапия (1-й этап), а далее — антибиотикотерапия (2-й этап). Последовательность лечебных мероприятий в острой стадии заболевания следующая: бензилпенициллин на фоне аутогемотерапии; иммуно- и физиотерапия — после уменьшения острых явлений воспаления; завершающий этап — местная терапия. Последовательность лечения при вялотекущих и хронических формах гонореи зависит от места лечения: а) стационар — вначале показаны иммунотерапия и местное лечение (1-й этап), далее — антибиотики (2-й этап); б) амбулаторное лечение — сочетанное проведение антибиотико- и иммунотерапии (1-й этап), а далее — местное лечение (2-й этап). При неустановленном (предполагаемом) источнике заражения или половых контактах лечение проводят по схеме терапии хронической гонореи. Для профилактики побочного отрицательного действия антибиотиков накануне (за 20—30 мин) назначают антигистаминные препараты.

Фармакотерапия. Выделяют общую и местную терапию гонорей. Перечень антибактериальной терапии гонорей (общее лечение) представлен в табл. 38. Комплексное применение антибиотиков возможно при следующих показаниях: 1) тяжело протекающие формы заболевания; 2) осложненная и восходящая гонорея; 3) гонорея прямой кишки; 4) наличие смешанной инфекции или подозрение на таковую при безуспешном лечении несколькими последовательно примененными антибиотиками. Дозы и методика одновременного применения нескольких антибиотиков идентичны таковым при их раздельном использовании; рациональная комбинация указана в табл. 39.

Иммунотерапия. Выделяют специфическую и неспецифическую иммунотерапию гонорей.

Специфическая иммунотерапия предполагает использование гонококковой вакцины. Показания: 1) отсутствие эффекта от антибиотикотерапии при вялопротекающих рецидивах; 2) свежие торпидные и хронические формы заболевания; 3) восходящая гонорея (после стихания острых воспалительных явлений). *Вариант 1.* Вакцину вводят в/м или в/в; обязателен контроль общей, очаговой и местной реакции организма. Начальная доза — 200—250 млн микробных тел (осложненная гонорея), 300—400 млн микробных тел (торпидная и хроническая гонорея). Интервал между введениями — 1—2 дня. В зависимости от реакции на введение каждую последующую дозу увеличивают каждый раз на 150—300 млн микробных тел и доводят до 2 млрд микробных тел (6—8 инъекций). *Вариант 2.* Пригоден для торпидной и хронической гонорей. Гоно-вакцину вводят в подслизистую оболочку шейки матки, уретры по схеме: с 50 млн микробных тел (0,5 мл) до 150—200 млн микробных тел (1,5—2 мл). Этот вариант имеет противопоказания: менструация, беременность, острый воспалительный процесс, соматические заболевания.

Неспецифическая иммунотерапия: пирогенал — при свежей торпидной и хронической гонорее; негонорейных воспалительных заболеваниях урогенитального тракта; различных осложнениях (сальпингоофорит, периоофорит). Начальная доза — 25—50 МПД в/м через 1—2 дня, затем увеличивают на 25—50—100 МПД (в зависимости от реакции). Максимальная разовая доза — не выше 1000 МПД. Курс лечения — 10—15 инъекций. При выраженности реакции организма на введение дозу оставляют прежней или уменьшают; можно увеличивать интервал между введениями, не изменяя дозы. Противопоказания:

беременность, менструация, острые лихорадочные заболевания, гипертензия, туберкулез.

Пирогенал сочетают с гоновакциной одновременно в одном шприце: начальная доза — 25—50 МПД (пирогенал), 200—300 млн микробных тел (гоновакцина); затем разовые дозы увеличивают соответственно на 50—150 МПД и 150—300 млн микробных тел (пирогенал доводят до 1000 МПД), 1,2 млрд микробных тел (гоновакцину) — до 1,2 млрд. Вместо пирогенала возможно использование продигозана (см. *Хламидиоз*).

Аутогемотерапия. Показана при наличии гонорейных тяжелых осложнений (высокая температура, резкий болевой синдром), наличии беременности. Метод менее эффективен, по мере улучшения состояния больной переходят на гоновакцину.

Назначают: декарис (левамизол) — лечение цикловое — по 150 мг/сут. в течение 3 дн., интервал 4 дня, затем цикл повторяют. Курс лечения — 4 цикла. Показания: повторное заболевание гонореей; осложненная гонорея; торпидная и хроническая гонорея; оротат калия — как стимулятор восстановительных процессов в организме (органах-мишенях) — по 2 г/сут. в течение 20—30 дн.; метилурацил — как стимулятор антителосинтеза, фагоцитоза, регрессии воспалительного процесса — по 0,5 г 2 раза в день в течение 10—14 дн. Для ускорения регрессии воспалительных инфильтратов в пораженных органах назначают биостимуляторы, курс лечения — от 15 до 20—30 дн.

Лечение рецидивов заболевания. Применяют доксициклин — первый прием 0,4 г, далее — по 0,1 г через 12 ч; на курс 1,0 г препарата. Одновременно с первым приемом используют 4 табл. (1,92 г) бисептола и далее по 4 табл. каждые 8 ч, на курс 16 табл. (7,68 г). Параллельно дают внутрь 150 мг/сут. декариса в течение 8 дн. (1,2 г).

Эрициклин назначают внутрь по 0,25 г 5 раз в день (на курс 6,0 г) в сочетании с приемом сульфатона по 4 табл. (1,4 г) 3 раза в день (на курс 5,6 г). На фоне использования антибиотика одновременно в/м трипсин или его аналоги (по 5 мг 2 раза в день или 10 мг/сут. в течение 5—6 дн.).

Лечение гонорейных ассоциаций. 1. *Гонорея и трихомоноз.* При острой и подострой гонорее проводят лечение одновременно обоих процессов, при хронических, осложненных и затянувшихся случаях лечение этапное: 1-й этап — противотрихомонозное лечение в сочетании с иммунотерапией и местным лечением; 2-й этап — противогонорейная терапия.

2. *Гонорея и уреаплазмоз.* Назначают доксициклин — по 0,3 г (первый прием), затем по 0,1 г через 12 ч (на курс 1,0 г) или метациклин — 0,6 г (первый прием), затем по 0,3 г через 6 ч, на курс — 7,1 г.

3. *Гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз.* Наиболее эффективно сочетание рифампицина — по 0,9 г (первый прием) однократно, со 2—3-го дня по 0,15 г 4 раза в день, с 4—5-го — по 0,15 г 3 раза в день, на курс 3,0 г и эритромицина — по 0,5 г 4 раза в день, на курс 12,0 г. Целесообразно введение дезоксирибонуклеазы в/м — по 25 мг/сут. в течение 6 дн. При торпидных и хронических случаях назначают иммунотерапию и местное лечение. В середине (конце) иммуностимуляции применяют антибиотки.

Местная терапия показана при гонорее нижнего отдела урогенитального тракта у женщин (табл. 40). Показания: 1) непереносимость антибиотиков (используют одновременно с сульфаниламидами); 2) рецидивы гонореи; 3) свежая вялотекущая и хроническая гонорея в период иммуноподготовки (табл. 40).

Лечение *восходящей гонореи* у женщин — см. табл. 41.

Немедикаментозное лечение. Основные физические факторы, используемые в лечении гонореи, с указанием показаний и методики даны в табл. 42.

Гонорея у беременных. Фармакотерапия. Лечение проводят исключительно в условиях стационара. Независимо от активности течения процесса и давности заражения вначале назначают антибиотики с учетом их влияния на развивающийся внутриутробный плод. Противопоказаны тетрациклины, аминогликозиды, левомицетин, рифамицины. Методом выбора является бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс, эритромицин. Использование сульфаниламидов нежелательно, хотя допустимо (непереносимость антибиотиков). Беременным с хронической и свежей торпидной гонореей показана иммунотерапия. Гоновакцина (пирогенал) в 1-м триместре противопоказана, ее можно осторожно применять (в половинной дозе) начиная со 2-го триместра. Методом выбора является аутогемотерапия (10 инъекций) или спленин — по 2 мл в/м через день, на курс 8—10 инъекций.

Местная терапия. Проводят беременным, начиная с 13 недель. Противопоказаны внутришечное смазывание, насечки шейки матки, тампонада, пунктура ретенционных кист шейки матки; нежелательно использование растворов азотнокислого серебра; допустимы инстилляции уретры, влагалищные ванночки, микроклизмы с 1—2 %-м раствором протаргола (колларгола). Процедуры

Табл. 40. Местная терапия гонорей у женщин

		Гонорея			
Диагноз		свежая острая	свежая подострая	хроническая	
1	2	3	4		
Уретрит	После мочеиспускания глубокое промывание и инстилля́ция в уретру 1—2 %-м р-ром протаргола или попеременно 3 %-м р-ром протаргола (колларгола) с 0,5 %-м р-ром нитрата серебра (1 раз в 3 дня)	Инстилля́ция 0,5—1 %-м р-ром нитрата серебра или 3—5 %-м р-ром протаргола	При полном мочевом пузыре массаж уретры. После мочеиспускания смазывание уретры чистым ихтиолом, 1 %-м р-ром Люголя 1 раз в 3 дня		
Парауретрит	Горячие сидячие ванночки с перманганатом калия (1:8000) или ромашкой. Местная аутогемотерапия	Электрокоагуляция, химическая коагуляция холлов зондом с кристаллическим нитратом серебра (ляпис)			
Вульвит (вагинит)	Сидячие теплые ванночки с антисептиками (10—15 мин), 1—2 раза в день	Смазывание 10 %-м р-ром протаргола в глицерине. Удаленные кондилом (ДЭК, CO ₂ -лазер, крио-, подофиллин, ферезол)			
Бартолинит	То же. Местная аутогемотерапия	Хирургическое вскрытие абсцесса, обработка 5 %-м р-ром йодной настойки, тампонада стрептоцидом	Местная аутогемотерапия. Гонакокцина локально		
Эндоцервикит	Влагалищные ванночки с 3 %-р-ром протаргола (колларгола). Влагалищные шарики: протаргол — 1,5 г, белый сахар — 4,0, молочный сахар — 3,0, масло какао — 1,0 г	Влагалищные ванночки с 3 %-й перекисью водорода, затем введение тампона на 24 ч с 10 %-м р-ром протаргола в глицерине. Влагалищные ванночки попеременно с перекисью водорода и колларголом. Смазывание канальцев	При фолликулярной эрозии прижигание 1 раз в 2 нед. кристаллическим перманганатом калия или ванночки с 2 %-м р-ром нитрата серебра. Лазерно-иризация, криокоагуляция. ДЭК ретенционных кист. Тампоны с		

1	2	3	4
Проктит	<p>Микроклизмы с 50 мл 1 %-го р-ра протаргола через день. Све-чи с красавкой (0,015 г) 2—3 раза в день. Туширование трещин и экскориаций 3—5 %-м р-ром нитрата серебра</p>	<p>ла (глубоко) 1 %-м р-ром Люго-ля на глицерине, 2—3 %-м р-ром нитрата серебра 1 раз в 3—4 дня. Микроклизмы с 3 %-м р-ром протаргола</p> <p>Микроклизмы с 3 %-м р-ром протаргола. Туширование эрозий в ректальных зеркалах 5—10 %-м р-ром нитрата серебра</p>	<p>2 %-м р-ром пищевой молочной кислоты</p>
Диагноз	острая	Стадия подострая	хроническая

Табл. 41. Терапия восходящей гонорей

Эндометрит; сальпингооофрит	<p>Госпитализация. Постельный режим. Диетотерапия. Местная криотерапия (типотермия). Симптоматическое лечение (устранение запоров, ненаркотические анальгетики, гемостатики при крово-течении). Аутогемотерапия с 5 до 10 мл через 1—2 дня 3—4 раза в день. Гестагены — по показаниям</p>	<p>Криотерапия по схеме: согревающий компресс из вазелина на 48 ч; через 3—4 дня — грелка на низ живота. УВЧ на низ живота и поя-ницу, 3—4 дня. Далее электрофорез с 2 %-м р-ром цинка сульфата. Вакциноотерапия через 2—3 дня или пирогенал, или сочетание. Борьба с запорами (фитотерапия)</p>	<p>Грелка на низ живота, микроклизма теплым изотоническим раствором натрия хлорида (100 мл) 2 раза в день. Гоновакцина локально по схеме или аутогемотерапия от 1 до 3 мл через 2 дня. Электрофорез с 1—2 %-м р-ром калия йодиды или 2 %-м р-ром сульфата цинка, 6—8 процедур. Далее ДКВ на низ живота, 10 сеансов по 15 мин. Озокерит, грязи — в виде тампонов, «трусов»; 10—15 процедур</p>
-----------------------------	---	--	---

Табл. 42. Физиотерапия гонорейных заболеваний

Процедуры	Методика применения	Показания	Противопоказания
Местные горячие процедуры (ванночки, микроклизмы, согревающие компрессы)	Сидячие ванночки с антисептиками и противовоспалительными средствами, 10—15 мин, $t = 37—38^{\circ}\text{C}$	Бартолинит, вульвит, вульвовагинит (начальная стадия). Восходящая гонорея (после стихания острых явлений)	
Парафин, озокерит	Согревающие компрессы с вазелиновым маслом на низ живота, 48 ч	Бартолинит (острая стадия)	
Индуктотермия (ДКВ)	Салфетно-аппликационная методика, экспозиция 40—60 мин, курс 12—20 процедур. Озокерит, грязи — в виде тампонов, «трусов»; 15 процедур	Хронический процесс	Острые воспалительные процессы
Электрофорез	На область промежности или внутривлагалищно, экспозиция 15—20 мин, 8—10 процедур Вагинально-накожная методика через 2 %-й р-р йодистого калия, йодобромную воду, продигозан, ронидазу, лидазу, гидрокортизон, новокаин, совкаин, дикаин, антибиотики, 2 %-й р-р цинка сульфата	После стихания острых воспалительных явлений (хронический восходящий процесс в стадии обострения)	То же

отпускают через день, в течение 6—8 дней. В период антибиотикотерапии местное лечение не назначают.

При гонорейно-трихомонадных микстах вначале проводят лечение трихомоноза имидазолами (трихопол, клион, метронидазол) — по 0,25 г 2—3 раза в день после еды, на курс 3,0—5,0 г. Далее осуществляют терапию гонореи. Такой подход избавляет от рецидивов.

3.2. ГЕРПЕС ГЕНИТАЛИЙ

Вызывается в основном вторым типом вируса герпеса простого (ВПГ-2). При проведении лечения герпетической инфекции у врача могут возникнуть определенные трудности. Они обусловлены следующими факторами: 1) уникальностью патогенеза инфекции — сопровождается формированием иммунодефицитного состояния; тенденцией к тяжелому скоротечному или неуклонно прогрессирующему хронически протекающему течению; 2) отсутствием разработанной тактики и стратегии специфической антивирусной терапии, направленной на обеспечение главного — подавления или блокирования основного этапа в патогенезе любой клинической формы герпетической инфекции. Современная стратегия антивирусной терапии предполагает обязательное сочетание применения препаратов, специфически воздействующих на разные стадии репродукции вируса. Тактика специфического лечения предусматривает: а) профилактику обострений и осложнений заболевания; б) достижение устойчивой ремиссии.

При проведении терапии герпетической инфекции наиболее приемлемы два подхода: первый — сочетанное использование антигерпетических препаратов с различным механизмом действия. При этом преследуются следующие цели: снижение доз препаратов; уменьшение их токсического действия; предотвращение формирования резистентных штаммов; второй — сочетанное использование этиотропных препаратов с иммунобиологическими веществами (интерферон, интерфероген, иммуномодуляторы, иммуноглобулин), воздействующими на определенные механизмы патогенеза.

Фармакотерапия. Основные лекарственные препараты представлены в табл. 43. Человеческий лейкоцитарный интерферон и дезоксирибонуклеазу применяют в период рецидива. Препарат разводят перед употреблением дистиллированной водой, наносят с помощью марли на очаг поражения (на 5—7 мин). Во всех случаях местного проявления герпетической инфекции лекарственные пре-

Табл. 43. Фармакотерапия генитального герпеса

Препарат	Способ и периодичность введения препарата	Разовая доза	Курс лечения	Примечание
<i>Вакциноterapia</i>				
Герпетическая поливалентная вакцина Показания: осложненный герпес; рецидивирующий герпес	Внутрикожно, 1 раз в 3—4 дня с 4-го дня ремиссии. Перерыв 2 нед. Внутрикожно, 1 раз в 7 дн.	0,3 мл	5	Вводят вне рецидива в кожу внутренней поверхности предплечья
<i>Основной курс</i>				
А. Пять и более обострений в год (тяжелая форма)	Перерыв 3—6 мес. Ревакцинация 1—2 цикла: внутрикожно, 1 раз в 7—14 дн.	0,3 мл	5	Лечение: 1-й этап — специфическая иммунотерапия (витамины, иммуноглобулин); 2-й этап — вакцинация; 3-й этап — 2 курса лечения лимболом, адаптогенами; 4-й этап — ревакцинация каждые 6—8 мес. В промежутках между ними поддерживающая иммунотерапия (нуклеинат натрия, поливитамины, протидиозан)
Б. Частота рецидивов 1—4 раза в год без нарушения общего состояния (легкая форма)				1-й этап — повторные курсы иммуномодуляторов, иммуностимуляторов; в случае необходимости показан 2-й этап — вакцинация

Антивирусная химиотерапия

Показания: 1) острые клинические формы (рецидив); 2) генерализованная герпетическая инфекция; 3) диссеминированные формы заболевания			
Хелепин	Внутрь 3—4 раза в день	0,1 г	5—7 дн.
	Мазь местно 3—4 раза в день	1—5 %	5—7 дн.
Аллизарин	То же 3—4 раза в день	0,1 г	5—7—14 дн.
	Местно 3—4 раза в день	2—3—5 %	5—7 дн.
Тebroфен (мазь)	То же, 1 раз в день через день	3 %	30 дн.
	То же	3 %	30 дн.
Бромвинилдезоксиридин	Внутрь	7,5—15 мг/кг	Генерализованное поражение кожи и слизистых
	Местно	0,1—0,5 %	Вне рецидива
Рибавирин	Внутрь	800—1600 мг/сут.	7 дн.
	В/в	800 мг/сут.	10 дн.
Ацикловир (вирулекс, зовира)	Местно (крем, мазь)	5 %	Системное применение при герпесе
	Системно: внутрь 4—5 раз в сутки	200 мг	Все клинические формы герпеса (широкое применение)
			1—12 нед.
			Диссеминированные формы

1	2	3	4	5
	В/в через 6—8 ч	5 мг/кг (250—400 мг)	5—10 дн.	То же
Бонафтон (таблетки, мазь)	Внутри	или 15 мг/ кг/сут	5—10 дн.	Недостаток — формирование резистентных штаммов
	Местно мазь 1—3 раза в день	0,1 г (3—4 табл.) 0,5—1 %	10—12 дн. То же	Первичные и рецидивирующие поражения слизистых, кожи; диссеминированные формы; удлиняется ремиссия; профилактика рецидивов. Лучше комбинировать мази и прием перорально
Интерферон человека лейкоцитарный	Местно, 2—6 раз в день мазевые аппликации (500 ЕД/мл); шарики, тампоны во влагалище 1 раз в день	2 мл	5—7 дн. 2—4 нед. (7500—1500 ЕД.)	Период рецидива Эндоцервицит
Дезоксирибонуклеаза (ДНК-аза)	Местно, 2—3 раза в день	2 мл	5—7 дн.	Период рецидива
Метисазон (кемовирапин)	Внутри 2 раза в день	1,2 г/сут.	4—6 дн.	Рецидив герпеса
Оксалин (мазь)	Местно 1—3 раза в день	0,25 %, 3 %	3—4 дн. или 3 % 2 нед. — 2 мес.	Вне рецидива

Керелид (офтан-ДИ)	Местно, на слизистые: каждый час днем и через 2 часа ночью; каждые 2 ч днем и 1 раз ночью	Глазные капли	2—4 дн.	Купирование процесса
Риодоксол (мазь)	Местно, 1—3 раза в день	То же	3—5 дн.	Профилактика рецидива
Флореналь (мазь)	Местно, 1—2 раза в день	0,25—0,5 %	1—4 нед.	Генерализованный герпес
Полудан	Местно, 2—3 раза в день	0,5 %	10—14 дн.	Поражение слизистых оболочек
Цинка сульфат	То же	2 мл	5—7 дн.	Поражение слизистой влагалища и шейки матки (10—20 мл)
Перманганат калия	Инстилляцией в уретру	2 мл	То же	То же
	Местно, 2 раза в день	3—5 мл	То же	Уретрит
		1 мл	3—5 дн.	Туширование герпетических эрозий
		0,5%-го р-ра		
<i>Средства, влияющие на иммуногенез</i>				
Т-активин	Подкожно 2 раза в неделю	100 мкг	10 инъекций	Контроль иммунограммы
Тималин	В/м 1 раз в день	10 мг	То же	
Спленин	В/м 1 раз в день	1 мл	10 дн.	
Продигиозан	В/м 1 раз в 4—7 дн.	0,5—1 мл	3—6 инъекций	См. <i>Хламидиоз</i>
Пирогенал	В/м 1 раз в день	0,005 %-го р-ра		
		25—100 МПД		См. <i>Гонорея</i>

1	2	3	4	5
Декарис	Внутрь, 1 раз в день через день или трехдневными циклами через 3—4 дня	0,05—0,1 г	3—5 нед.	Контроль лейкоцитов в крови
Пенгосил	Внутрь, 3 раза в день	0,1 г	10 дн.	
Дибазол	Внутрь 2 раза в день пикулами по 4 дня, через 3 дня	0,02 г	2 курса по 6 нед., перерыв в 2 нед.	Сочетают с элеутерококком
Элеутерококк	Внутрь 1—2 раза в день	15—25 капель	То же	
Витамин В ₁ , В ₁₂	В/м через день	1 мл	10—15 инъекций	
Иммуноглобулин: противогерпетический	В/м 1 раз в 3—4 дня	3 мл	5—7 дн.	Сочетают с витаминами

параты используют местно (орошения, аппликации, туширование, инстилляциии). Для профилактики вторичной инфекции применяют местно мази с антибиотиками, подсушивающие, антисептические средства (цинк, тальк, каолин, ромашка, марганец, красители).

Немедикаментозное лечение. Наиболее эффективна лазертерапия (гелий-неоновый лазер): длина волны 0,63 мкм, методика контактная (через световод) или лучше дистанционная, плотность мощности на одно поле 2,5 мВт/см², экспозиция — 8—10 мин, курс лечения — 15—20 сеансов. Для потенцирования эффекта целесообразно сочетание лазертерапии с местными аппликациями противовирусных средств.

Реабилитация. При герпетической инфекции она тесно связана с вопросами профилактики рецидивов, так как пациенты являются пожизненно носителями вируса герпеса. Имеют значение следующие факторы: воздержание от половой жизни до полного разрешения рецидива в супружестве; использование презервативов. При диссеминации и генерализованных формах для проведения лечения и реабилитации привлекаются другие специалисты (стоматологи, окулисты, венерологи, урологи, проктологи).

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

Первая — рецидив заболевания. **А.** Общее лечение: бонафтон — по 50 мг 3 раза в день в течение 5 дн., затем 2 дня перерыв и 2 дня курс повторяют; метациклин — по 0,15 г 3 раза в день в течение 7 дн.; аскорбиновая кислота — по 1,0 г 2 раза в день в течение 15 дн.; гамма-глобулин — по 3 мл в/м 1 раз в день в течение 4 дн. (противокоревой); алпизарин — по 0,1 г 3 раза в день в течение 10 дн.; левамизол — по 150 мг 1 раз в день в течение 3 дн., через 7 дн. курс повторяют. **Б.** Местное лечение: мази для обработки влажной 4—5 раз в день (госсипол — 3 %-й, мегасин — 3 %-й, бонафтон — 3 %-й, алпизарин — 3 %-й); примочки с ДНК-азой 2—3 раза в день.

Вторая — стихание рецидива. **А.** Общее лечение: витамины В₁, В₆ — по 1 мл через день в/м, 15 инъекций; препараты кальция — внутрь; аутогемотерапия — с 2 до 10 мл и с 10 до 2 мл; седативные средства (тазепам, нозепам, феназепам) — по 2 табл. в день в течение 3 нед.; антигистаминные препараты; адаптогены — до 3 нед.; дибазол — по 0,01 г 2 раза в день. **Б.** Местное лечение — идентично первой фазе.

Третья — ремиссия. Общее лечение: вакциноterapia герпетической вакциной. Основное условие — длительность рецидива не менее 2 мес. Накануне обязательно проведение курса общеукрепляющего и симптоматического лечения (см. табл. 43). При появлении герпетических высыпаний промежутки между инъекциями увеличивают еще на 2 дня. Для стимуляции иммуногенеза, кроме противогерпетического иммуноглобулина, возможно использование идентично иммуноглобулина человека или противокорьевого в сочетании с витаминами (3 мл вводят 1 раз в 3—4 дня, 5—7 инъекций).

3.3. МИКОЗЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Вызываются самыми разнообразными видами грибов в организме.

Актиномикоз

Относится к редким заболеваниям женских половых органов. Цель лечения — купирование специфического воспалительного процесса. Лечение может быть консервативным и хирургическим. Фармакотерапия. Наиболее эффективно применение актинолизата (специфический иммунопрепарат) — по 3 мл в/м 2 раза в неделю. Лечение проводят амбулаторно, курс — 25 инъекций, длительность — 3 мес.; антибактериальная терапия (сульфаниламиды — в течение 3—4 нед.; антибиотики — в зависимости от чувствительности вторичной микрофлоры); аутогемотерапия — еженедельно, всего на курс 3—4 переливания; витамины назначают в среднетерапевтических дозах, дезинтоксикационное лечение — по показаниям; для коррекции иммунодефицита показан диуцифон внутрь — по 0,1 г 3 раза в день или в/м в виде 5 %-го р-ра по 5 мл через день в течение 3—4 нед.

Немедикаментозное лечение. Местно на очаг поражения назначают ультразвук по общепринятой схеме в течение 12—25 дн. (в зависимости от состояния больной и очага поражения).

Хирургическое лечение. Может быть паллиативным и радикальным. Показанием к паллиативной операции является наличие абсцесса, флегмоны или гнойного затека; к радикальной (иссечение очага поражения) — отсутствие эффекта от консервативного лечения и медленный регресс очага поражения. Противопоказание к радикальной операции — прогрессирующее актиномикотиче-

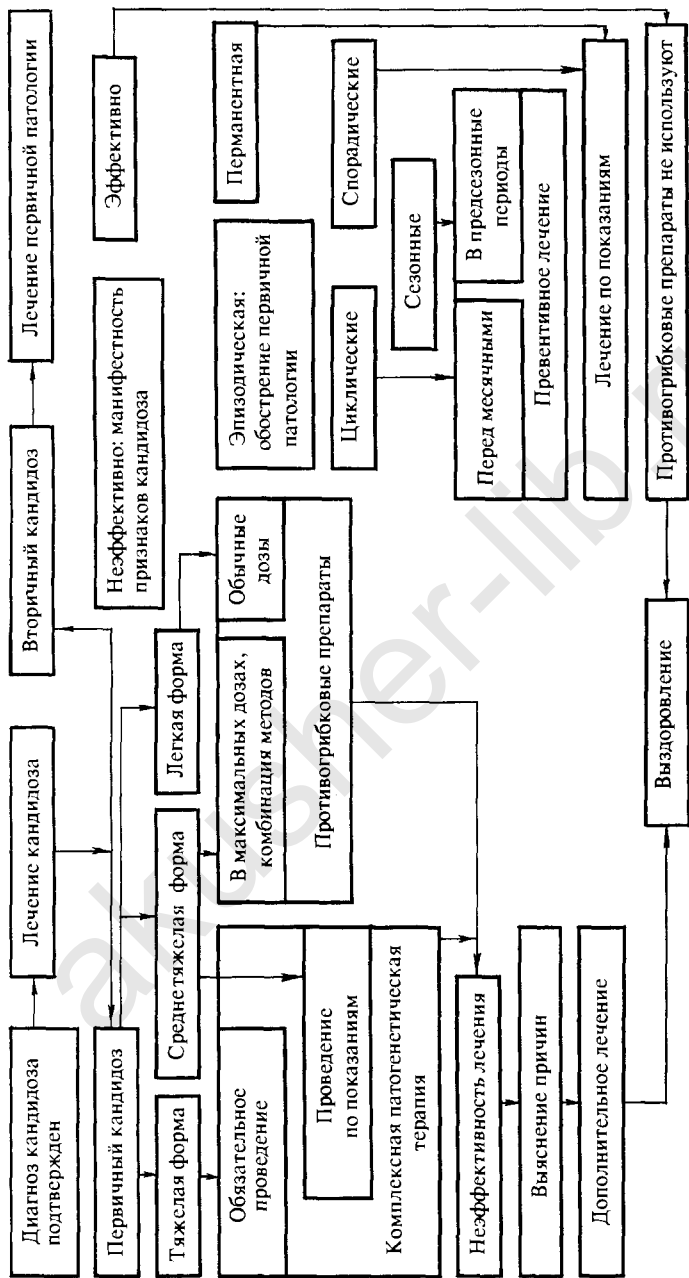


Рис. 10. Выбор метода лечения после установления диагноза «кандидоз».

ского процесса. Лапаротомию производят с учетом локализации свищевого хода и очага поражения. Проводят ревизию очага поражения, его удаление, иссечение свищевого хода, рассечение спаяк, удаление придатков.

Кандидоз, кандидомикоз

Является грибковым заболеванием слизистых оболочек, кожи и внутренних органов человека и животных, обусловленным дрожжеподобными грибами.

Лечение больных микозами должно быть комплексным и основано на принципах курсовой терапии; воздействие на этиологический фактор с помощью противогрибковых антибиотиков или других препаратов; устранение или ослабление действия выявленных патогенетических факторов; уменьшение выраженности аллергии и аутоаллергии; повышение специфической и неспецифической иммунологической реактивности. Выбор метода лечения после установления диагноза «кандидоз» представлен на схеме (рис. 10).

Для проведения адекватного лечения определяют степень тяжести и распространенности патологического процесса у больной, стремятся к освобождению (по возможности) организма женщины от *Candida*, устраняют фоновую и сопутствующую патологию; назначают диетический режим (ограничение углеводов на фоне приема антигистаминных средств).

Фармакотерапия. Выбор лечебной тактики в зависимости от степени тяжести кандидоза представлен в табл. 44.

Табл. 44. Лечебная тактика при кандидозе гениталий

Степень тяжести		
легкая	средняя	тяжелая
<p>Местная терапия антимикотическими средствами: 1 %-й р-р метиленового синего; 20 %-й р-р тетрабората натрия в глицерине; суспензия леворина; канестен</p> <p>Ультразвук в импульсном режиме</p>	<p>Комбинированный метод лечения: амфотерицин В в/в и местно; амфотерицин В (анкотил) в/в и канестен местно; мазевые тампоны (леворин, амфотерицин) и низорал внутрь</p>	<p>Комплексное лечение: дезинтоксикация (ИТТ); десенсибилизация; нормализация обмена веществ; специфическая и неспецифическая иммунокоррекция</p> <p>Местное лечение и немедикаментозная терапия</p>

Лечение больных кандидозом гениталий осуществляют противогрибковыми антибиотиками и синтетическими препаратами.

1-я группа — полиеновые антибиотики. Амфотерицин В — имеет широкий спектр антигрибкового действия, ингибирует рост трихомонад. 50 000 ЕД препарата растворяют в 500 мл 5 %-го раствора глюкозы, вводят в/в капельно (20—30 кап/мин) в течение 3—6 ч ежедневно, через день, 2—3 раза в неделю. При хорошей переносимости и ежедневном применении делают двухдневные перерывы между 5—6-м, 10—11-м, 15—16-м вливаниями. После 20-й инфузии показана 7—10-дневная пауза с дальнейшим повторным курсом лечения. Длительность лечения — не менее 4—8 нед., общая доза на курс 1 500 000 — 2 000 000 ЕД. Амфоглюкамин (таблетки с пленочным покрытием) — внутрь по 200 000 ЕД 2 раза в сутки после еды. При хорошей переносимости дозу увеличивают до 500 000 ЕД 2 раза в сутки. Курс лечения 10—14 дн. Можно использовать разовые дозы местно в 4 мл 20 %-го диметилсульфоксида. Микогептин — эффективен при кандидозе, сопутствующем трихомонозе. Назначают внутрь по 200 000—250 000 ЕД 2 раза в сутки. Средняя суточная доза 600 000—1 000 000 ЕД, длительность лечения 10—14 дн. Курсовая доза 10 000 000 — 14 000 000 ЕД. Противопоказан при беременности.

Нистатин — является препаратом выбора при кандидозе кожи, слизистых оболочек, поражении гениталий, кандидоносительстве. При приеме внутрь разовая доза нистатина колеблется от 500 000 ЕД до 1 000 000 ЕД, средняя суточная — в пределах 6 000 000—8 000 000 ЕД. При генерализованном кандидозе суточная доза нистатина составляет 6 000 000—10 000 000 ЕД. Средняя продолжительность курса — 14 дн. Для местного лечения используют 10 %-ю нистатиновую мазь, 2 раза в сутки, свечи и влагалищные шарики, содержащие 250 000 ЕД нистатина, инсуффляцию порошка нистатина во влагалище. Свечи ректальные и вагинальные (250 000 ЕД) вводят 2 раза в сутки глубоко во влагалище и прямую кишку на протяжении 10—14 дн. Проводят 2—3 курса с интервалом в 8—10 дн. Наиболее целесообразно сочетание нистатина с другими лекарственными средствами (бура — 40,0 г, глицерин — 80,0 г, нистатин — 3 000 000 ЕД, вода дистиллированная — до 200,0 мл; очаги кандидоза обрабатывают в течение 10—14 дн., или бура — 0,5 г, норсульфазол — 0,3 г, борная кислота и осарсол — по 0,25 г, натрия бикарбонат — 1,0 г, нистатин — 500 000 ЕД, глюкоза — 0,25 г, мас-

ло какао — 2,0 г, влагалищные свечи в течение 10—14 дн.).

При кольпите, микозном уретрите используют водный раствор нистатина или натриевой соли леворина (20 000 ЕД в 1 мл воды) — вводят во влагалище и уретру через катетер; проводят 3 курса терапии с интервалом в 10 дн. Длительность первого курса — 3 нед., второго — 10 дн., третьего — 7 дн. В перерывах между курсами осуществляют местное лечение: присыпки (сода, борная кислота); спринцевания 2 %-м р-ром бикарбоната натрия (сода), перманганата калия (1:6000—1:10 000), 1—2 %-м р-ром танина (2—3 раза в день) с последующим введением на 8—10 ч во влагалище тампона с 10—20 %-м р-ром буры в глицерине (натрия тетраборат — 5,0/10,0 г, глицерин — 100,0 г) или красителей (метиленовый синий — 3,0 (4,0) г, дистиллированная вода — 100,0 мл). При реинфекции после лечения полиенами или имидазолами показана терапия борной кислотой (порошок, капсулы) — по 600 мг в течение 14 дн.; менее эффективны 1—3 %-й р-р калия сорбита или 1 %-й р-р генцианового фиолетового.

Леворин — антибиотик, который эффективен при дрожжеподобных грибах и трихомонозе. Используют внутрь по 400 000—500 000 ЕД 2—3 раза в день в течение 10—12 дн. или в виде порошка для инсуффляций (2 000 000 ЕД) или мази (1,0 г содержит 500 000 ЕД). Целесообразно сочетать 500 000 ЕД леворина с 1,0 г грамицидиновой пасты для обработки очагов кандидоза — трихомоноза в течение 10—15 дней.

2-я группа — производные имидазолов и триазолов (миконазол, клотримазол, бутконазол, кетоконазол или низорал). Клотримазол (канстен, антифунгол) обладает фунгицидным и фунгистатическим действием. Применяют местно в виде вагинальных таблеток или кремов (гель). Известны три схемы использования вагинальных таблеток: 1) 600 мг вводят во влагалище однократно (вся курсовая доза); 2) по 100 мг/сут. в течение 6 дн. (таблетку вводят глубоко во влагалище); 3) по 100—200 мг/сут. в течение 7—14 дн. Обработку очагов кандидоза кремами и мазями с клотримазолом (канстеном) проводят 2 раза в день в течение 7—10 дн.

Низорал (кетоконазола 200 мг) — обладает широким спектром противогрибкового действия. Противопоказан беременным и в период лактации. Назначают по 2 табл. в день (400 мг/сут.) в течение 14 дн., но чаще — 5 дн. С профилактической целью используют в дозе 200 мг/сут. длительно (2—5 мес.).

Амиказол (димазол) — используют при кандидозном поражении кожи наружно в виде 5 %-й мази или 2—5 %-й присыпки. Микозолон — мазь, содержащая 300 мг (2 %) миконазола и 37,5 мг (0,25 %) деперзолон; обладает фунгицидной и противовоспалительной активностью при местном поражении микозом кожи. Нитрофунгин назначают при кандидозе кожных покровов. Пораженные места смазывают 2—3 раза в день, а после исчезновения клиники 1—2 раза в неделю в течение 4—6 нед.

3-я группа — производные хинолинов (энтеросептол, нитроксолин, декамин). Общее лечение — см. *Трихомоноз*.

Декамин обладает антибактериальной и противогрибковой активностью, используют местно при молочнице (карамели по 0,00015 г) или при поражении кожи (мазь 0,5 — 1 %-я). Для лечения микотических кольпитов 10 %-й р-р димексид (смоченная турунда) вводят во влагалище на 7—8 ч в течение 10—14 дн. Для этих целей применяют также сложные мази: 1) сок каланхоэ — 25,0 г, димексид 100 %-й — 5,0 г, ланолин (вазелин) — 70,0 г; 2) фуразолидон — 1,5 г, трихопол — 2,5 г и (или) димексид 20 %-й — 4,0 г, ланолин (вазелин) — 70,0 г. Мазью обрабатывают очаги сопутствующего трихомоноза.

Батрафен (циклопироксоламин) обладает широким спектром антибактериальной и противогрибковой активности. Применяют при вульвовагините с переходом на кожу вульвы в виде раствора или крема 2—3 раза в сутки (1 мл раствора и 1 г крема содержат 10 мг чистого вещества).

При неэффективности лечения курс повторяют, сменив при этом препарат, кратность, интервалы между приемами, общую продолжительность: 1) дополнение общего лечения местными антифунгицидными средствами; 2) воздействие на очаги экстрагенитального кандидоза; 3) использование адьювантов (метилурацил, инсулин, адаптогены) по прописи: инсулин — 0,2 (8 ЕД), глюкоза — 0,6 г, метилурацил — 0,5 г, масло какао — 2,0 г; назначение вагинальных свечей; 4) применение десенсибилизирующих средств (30 %-й раствор тиосульфата натрия — по 10 мл в/в в течение 10 дн.; антигистаминные препараты — в среднетерапевтических дозах), иммунокорректоров (декарис, продигозан и др.).

Кандидоз у беременных. Общее лечение. Нистатин используют в общепринятых дозировках (1 000 000 ЕД 4—6 раз в сутки в течение 14 дн.); леворин — в виде инсуффляций порошка (500 000 ЕД) во влагалище в течение 10—15 дн. или мазевых аппликаций; канестен (клотримазол) —

мазь (крем) наносят на пораженную слизистую, смазывают кожу вульвы, вводят во влагалище 200 мг (1 табл.) в течение 6—14 дн.

Местное лечение. Включает обработку влагалища растворами (10—20 %-й тетраборат в глицерине, раствор Люголя); мазями — в виде монотерапии (канестен, клотримазол, леворин, нистатин, декамин, микогептин) или сочетанием последовательно обработки нистатиновой мазью в течение 3 дн. с переходом на аппликации метилурациловой (5 — 10 %) или ацеминовой мазями.

Реабилитация. Продолжение лечения — грязи (рапа) на влагалищные тампоны; после этапа специфического лечения обмывание наружных половых органов ежедневно длительно (до 6 мес.) цитеалом. Комбинация хлоргексидина влияет на грамположительную флору, гексамидин — также и на грибковую флору, хлорокрезола — губительно действует на грамотрицательную флору и грибы. Обязательно проведение аппаратной физиотерапии (см. *Хламидиоз. Неспецифические воспалительные процессы гениталий*); бальнеотерапии; ЛФК; санаторно-курортного лечения. Продолжение лечения на повышение неспецифической резистентности организма (адаптогены, пентоксил, метилурацил, рибоксин).

В осуществлении реабилитации при кандидозе должны принимать самое активное участие врачи различных специальностей. Только совместными усилиями можно излечить больную от заболевания.

3.4. ТРИХОМОНОЗ

Это паразитарное заболевание, вызываемое влагалищной трихомонадой. Цель лечения — ликвидация воспалительного процесса в урогенитальном тракте, вызванного трихомонадой и (или) протозойно-бактериальными микстами. Задачи лечения: 1) быстрое и энергичное подавление жизнедеятельности возбудителя на всех стадиях развития его; 2) повышение защитных функций организма; 3) одновременное лечение сопутствующих заболеваний.

Лечение трихомоноза должно быть: комплексным (этиотропная иммунотерапия, витамины, биостимуляторы и др.); строго индивидуализированным (анамнез, данные обследования); комбинированным (сочетание общего лечения с местным, фармакотерапии с немедикаментозными методами). Проводят его с учетом фазы процесса, кроме того, оно должно быть конкретным и патогенетически обоснованным. Используют апробированные противотрихомонозные средства. В процессе лечения следует

учитывать, что трихомоноз является полиочаговым заболеванием, поэтому лечебное воздействие должно осуществляться не только химиопрепаратами, но и антибиотиками (лучше из группы тетрациклина), в затянувшихся случаях заболевания — шире использовать средства воздействия на неспецифическую резистентность организма. Важно добиваться не только освобождения организма от трихомонад, но и ликвидации последствий (т. е. клинического излечения). Общеизвестна тенденция отказа от длительных многодневных курсов лечения с переходом на кратковременные, вплоть до однодневных с использованием ударных доз препаратов.

При проведении терапии должны соблюдаться следующие условия: 1) определенные санитарно-гигиенические мероприятия; 2) обязательное лечение полового партнера; 3) диспансерное наблюдение и реабилитация.

Санитарно-гигиенический режим предусматривает: отказ от половой жизни и употребления спиртных напитков на период лечения или половую жизнь через презерватив; во время менструации исключается местное лечение; ежедневный гигиенический душ; бритье волос на наружных половых органах, ежедневную смену нательного белья или его проглаживание; запрещается пользование общей постелью, полотенцем, ванной; перед проведением местных процедур необходимо опорожнение мочевого пузыря, обмывание наружных половых органов теплой водой с мылом. Показаниями к проведению терапии являются клинические проявления трихомоноза, наличие трихомонадоносительства.

Фармакотерапия. Перечень основных лекарственных средств представлен в табл. 45. Местная терапия при данном заболевании в последние годы утратила значение ведущей. Однако с целью повышения эффективности и более быстрого купирования воспалительного процесса ее назначают в ряде случаев как компонент комплексной терапии.

Немедикаментозное лечение. *Аппаратная физиотерапия* (АФТ) используется относительно редко. В острой фазе воспаления возможно УФО эритемными дозами (2—3 биодозы) сегментарной зоны по типу «гинекологические трусы» (7 процедур ежедневно) или облучение КУФ-лучами наружных половых органов в сочетании с общим УФ-облучением по ускоренной схеме. Парафиновые вагинальные тампоны выступают в роли дополнительного средства неспецифической терапии. Используют также грязевые тампоны из иловой и торфяной грязи.

3) 2 г/сут. 4) комбинация в/в по 100 мл через 8 ч (5 мл/мин) с пероральным приемом по одной из схем	При резистентности трихомонад				
Клион-Д (вагинальные таблетки: 500 мг метронидазола и 150 мг миконазола)	Показан у беременных после 12 нед.	Размоченную вагинальную таблетку вводят во влагалище на ночь	10 дн.		
Клотримазол	Осторожно применять при беременности до 12 нед.	1 табл. вводят глубоко во влагалище на ночь; или смазывают очаг гелем	6 дн.		
Нитазол (аминитразол, трихоловал)	Начало лечения — сразу после менструации; цикл терапии: 15 дн. пероральный прием и 15 дн. местное лечение.	Вагинальные свечи 0,12 г 2—3 раза в день, накануне туалета вульвы и влагалища 1 %-м р-ром бикарбоната натрия;	15 дн.		
	обязательна обработка суспензией других очагов (уретра, прямая кишка);	2,5 %-я суспензия после туалета влагалища бикарбонатом натрия 1 раз в день, затем введение тампона с суспензией во влагалище на 8 ч;	15 дн.		
	обязательно лечение полового партнера	в домашних условиях спринцевание 1 %-м р-ром бикарбоната натрия 2 раза в день; аэрозоль-суспензия	15 дн.		

1	2	3	4	5	6
Тиндазол (фасижин, триконидазол)	2,0 г/сут. однократно (4 табл. во время еды), 0,5 г (1 табл.) каждые 15 мин в течение 1 ч (2 г/сут.)	1 день 1 день	пензия во влагалище 2 раза в день через спешнасалку		Противопоказан беременным и во время кормления, при заболеваниях ЦНС, крови; обязателен контроль крови до и после лечения
Нитрофураны фуразолидон	0,1 г 3 — 4 раза в день после еды	10 дн.	Присыпка следующего состава: фуразолидон—0,25 г, сахара лактат—100,0 г. Иссыпки на процедуру; свечи по 4 мг ректально	10 — 14 дн. 10 дн.	Особенно показаны при микстах; не сочетать с невитрамоном
фурадонин	0,1—0,15 г 4 раза в день после еды	7 дн.	Присыпка 0,1—0,15 г в комбинации с уротропином, левомецетином		
фурагин	0,1—0,15 г 3 раза в день	7—10 дн.	Промывание уретры раствором 1:13 000		
нитроксолин	0,1 г 4 раза в день		2 нед.		Курсы повторяют через 2 нед. (особенно)

при поражении урогенитального тракта и кишечника)

Антибиотики
граммицидин

Готовят рабочий раствор 2 — 4 %-й (водный, глицириновый, масляный); тузлет антисептическим раствором 1 раз в день с введением вещества на тампоне на 16—20 ч во влагалище; или грамицидиновая паста (5—6 г), вводят во влагалище

10 дн.

Обработывают все очаги

Использование приготовленного порошка: взять 10 мл 2 %-го спиртового р-ра грамицидина, 10,0 г борной кислоты, 90,0 г 10—15 %-го р-ра глюкозы. Смесь подогреть (60 °С) до испарения спирта, порошок растереть

10 дн.

тетрациклин

0,3 г 5 раз в сутки
Далее 0,2 г 5 раз в сутки (ночной перерыв 7—8 ч)

2 дн.

Как второй этап после протистотидной терапии

По 2,0 г/сут. с равными промежутками

30,0 г (курс)

1	2	3	4	5	6
метациклин	0,3 г 2—3 раза в день				
доксидиклин	Первый прием — 0,5 г 0,3 г, затем по 0,1 г 4 раза в день (неос- ложнен- ная фор- ма); 1,0 г (ослож- ненная форма)	2—10 —12 дн.	5% мазь; 1:500 взвесь	14 дн.	См. Хламидиоз, уреа- плазмоз. При сочета- нии с тонорсеей, хлами- диозом То же
леворин	400 000—500 000 ЕД 3 раза в день				Сочетание с канди- дозом
Антисептиче- ские, дезинфици- рующие и проти- вовоспалительные средства					
октиллин			3%-я эмульсия (об- работка очага с введе- нием тампона во вла- галище на 8—10 ч)	14 дн. 7 дн.	1 курс; 2—3-й курсы в трех менструальных циклах
уротролин	В/в по 5—10 мл 40 %-го р-ра; или внутрь по 0,5—1,0 г 3 раза в день	7—10 дн.	Чаше порошок для присыпок по 10,0 г	10—15 дн.	При щелочной моче назначают с хлоридом аммония

формалин	0,3—0,5 %-й р-р, промывание мочевого пузыря ежедневно, далее до исчезновения клиники	3—5 дн.	Запушенные случаи; как дополнение к другим препаратам при циститах, уретритах
хлорамин	Стирицевание 1%-м р-ром или ванночки с 2 %-м р-ром	10—15 дн. 3 менструальных цикла	Вспомогательное средство
галаскорбин	Влагалищные ванночки с 1 %-м р-ром, с 3—4-го дня лечения по 1 табл. (0,5 г) во влагалище	2—3 дня 10—15 дн.	
гипертонический раствор натрия хлорида	25 %-й р-р кипятят, охлаждают, проводят спринцевания в теплом виде (1—1,5 л)	10—15 дн.	Примемлем в домашних условиях; при хронических формах заболевания
трихомонацид	Одновременно vaginalные свечи 0,05 г на ночь после спринцевания 2%-м р-ром борной кислоты	3—5 дн.	Повторять в трех менструальных циклах; часто плохо переносятся
осарсол	Во влагалище смесь осарсола и борной кислоты по 0,25 г 1 раз в 2—3 дня; или официнальные шарики «осарбол», «осарид» во влагалище	2—3 дн. 10 дн.	Противопоказан при беременности

1	2	3	4	5	6
аминоақрихин	0,1 г 3 раза внутрь одновременно или после курса местного лечения	5 дн.	2 %-я паста на там- поны во влагалище 1 раз в 3 дня	8 введе- ний	Противопоказан при атрофии слизистой, при повторных курсах не назначают
мефенамина натриевая соль			1 %-й водный р-р или 2 %-я паста; вод- ные аппликации 1—2 раза в день; введение пасты 1—2 дня	6—8 дн.	
лимафуцин (антибактери- альное средст- во с лактозой и молочной кислотой)			Одну таблетку во влагалище	20 дн.	Не возникает дис- бактериоз

Показания: 1) торпидно протекающий трихомоноз; 2) хронический трихомоноз

Не используют из-за сложности приготовления, токсичности, низкой эффективности

Специфическая иммунотерапия (противотрихомонадная вакцина)

Неспецифическая иммунотерапия

пирогенал

аутогемотерапия

лактоотерапия

пчелиный мед

См. Гернес генитальный

В/м от 3 до 10 мл аутокрови через 2—3 дня

В/м прокипяченное остуженное молоко по схеме: с 2—3 мл до 7—10 мл через 2—3 дня

10—15 дн.

Местные аппликации, влагалищный электрофорез

7—10 дн.

или апизартрона (вирапина)—20,0 г, вазелин, ланолин — поровну 40,0 г, влагалищные тампоны на 7—8—12 ч

Индуктотермия солнечного сплетения усиливает гормональную функцию яичников, нормализует Ph влагалища. *Цикловая физиотерапия* показана при сочетании специфического воспалительного процесса с эндометриозом, сальпингоофоритом. В отдельных случаях эффективен *влагалищный электрофорез* с пчелиным медом.

Иглорефлексотерапия. Показана как компонент комплексного лечения. Применяют постоянные кнопочные иглы на 5 сут. на АТ 71, АТ 58, АТ 56 в сочетании с воздействием на корпоральные ТА по схеме: 1-й день используют G14, E36, RP6; 2-й — V53, V58; 3-й — R4, R10, V55; 4-й — VB28, VB29, F2; 5-й — F10, F11, VC1 (извлечение кнопочных игл из АТ); 6-й — VC2, F12, VB27, и АТ13, АТ 22, АТ 34; 7-й — E36, RP6, G110; 8-й — P7, R6; 9-й — R3, R12; 10-й — TR5, VB39, VB41. Метод воздействия — дисперсия, экспозиция игл — 20—40 мин.

Лазертерапия. Наиболее часто используют гелий-неоновый лазер (длина волны 0,63 мкм). Методика воздействия — дистанционная рассеянным пучком, плотность мощности до 100 мВт/см², экспозиция 10 мин. Улучшает местную гемодинамику, трофику, действует противовоспалительно, нормализует биоценоз влагалища. Допустимо применение УФ-лазерного излучения (длина волны 0,337 мкм, аппарат ЛГИ-505). Методика сканирующая, плотность мощности 6—7 мВт/см², экспозиция 5—10 мин, количество процедур 2—3. ИК-лазер (длина волны 0,89 мкм) применяют, используя комплект специальных насадок по влагалищной методике, частота импульсов 300 имп/мин, экспозиция 128—256 с, курс — 7—10 процедур.

Фитотерапия. Показания: вульвит, кольпит, цервицит. Сборы лекарственных трав используют для спринцеваний, ванночек, влагалищных тампонов. *Сбор 1*. Лаванды трава — 1 ч., черемухи цветок — 1, польни трава — 1, календулы трава — 2, дуба кора — 2, сушеницы трава — 2, березы лист — 2, шалфея трава — 2, ромашки трава — 3 ч.; 1 ст. ложку смеси заливают 1 л кипятка, 2 ч настаивают, процеживают. Теплый раствор используют для спринцеваний на ночь в течение 2 нед. *Сбор 2*. Дуба кора — 1 ч., ромашки цветок — 1, крапивы лист — 3, горца птичьего трава — 5 ч.; 2 ст. ложки смеси заливают 1 л кипятка. Настаивают, процеживают. *Сбор 3*. Мальвы цветок — 1 ч., дуба кора — 1, шалфея лист — 1,5, ромашки цветок — 1,5, ореха грецкого лист — 2,5 ч.; 2 ст. ложки смеси заливают 1 л кипятка; применяют идентично сбору 1 и 2. *Сбор 4*. Бессмертника корзинки — 2 ч., березы лист — 2, земляники лист — 2, кукурузные рыльца — 2,

мать-и-мачехи лист — 2, мяты перечной трава — 2, тысячелистника трава — 2, фасоли створки — 2, спорыша трава — 3, крапивы лист — 3, череды трава — 3, шиповника плоды — 3, рябины плоды — 1 ч.; 2 ст. ложки смеси заливают 500 мл кипятка, настаивают 10 ч, процеживают. Принимают по 100 мл настоя 3 раза в день. *Сбор 5.* Бузины черной цветок — 1 ч., дуба кора — 2, земляники лист — 2, липы цветок — 1, рябины плоды — 1, фиалки трехцветной цветок — 1, шиповника плоды — 3 ч.; 2 ст. ложки смеси заливают 500 мл кипятка, настаивают 10 ч, процеживают. Принимают по 100 мл настоя 3 раза в день.

Трихомоноз беременных. Начинают лечение с момента выявления в нативном мазке трихомонад. За 2 нед. до родов можно применять лекарственные вещества, но без введения влагалищных зеркал (только имидазолы внутрь). Лечение влагалищными тампонами желательно проводить до 30—32 недель. Необходимо, чтобы тампоны для препарата были рыхлыми. Терапию гестационного трихомоноза предпочтительно осуществлять в стационаре, а этиотропное лечение — не ранее 12 нед. беременности (т. е. со 2-го триместра). Препаратами выбора являются имидазолы; трихопол, клион, клион-Д, клотримазол — по 0,25 г 2 раза в день, курсовая доза 3,0—3,5 г. Противопоказаны при беременности горячие спринцевания, осарсол, трихомонацид, нитрат серебра, тетрациклины. Наиболее приемлемые способы местного лекарственного воздействия — распыление лекарственных веществ во влагалище и в области вульвы, с введением глицериновых растворов грамицидина, фуразолидона, уротропина, галаскорбина, флагила. В 1-м триместре беременности допустимы влагалищные орошения, глобули (нитрофураны, уротропин, глюкоза) и ванночки из растворов 0,1 %-го фуразолидона, 1 %-го колларгола, 1—2 %-го уротропина, галаскорбина. Для проведения гигиенического туалета влагалища целесообразно использовать эмульсию хлоргексидина биглюконата по прописи: хлоргексидина биглюконат — 2,5—4,0 г, масло оливковое (растительное или подсолнечное), масло персиковое (лавандовое) — по 0,2 (1,0) г, вода дистиллированная — 200,0 мл. В родах назначают внутрь клион (метронидазол), уротропин, фуразолидон. Местно — орошения эмульсией хлоргексидина, 0,5 %-м р-ром формалина, р-ром фурацилина 1:5000 — 2—3 раза в сутки и после каждого влагалищного исследования.

Реабилитация. Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление нарушенных воспалительным процессом специфических функций женского орга-

низма. В осуществлении реабилитации должны участвовать гинеколог, уролог, венеролог. Конкретные программы реабилитации должны отличаться индивидуальностью и быть этапными. На 1-м этапе — мероприятия, направленные на ликвидацию посттрихомонадных изменений в урогенитальном тракте; далее — лечение на восстановление других изменений в репродуктивной системе.

3.5. ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Выступает как проявление туберкулезной инфекции в организме и не является самостоятельной нозологической формой. Лечение туберкулеза гениталий должно быть: этапным; преемственным (на этапах диспансер — стационар — санаторий); комплексным (включает химиотерапию, этиотропное лечение); патогенетическим (рассасывающее, антиоксидантное лечение); по показаниям — хирургическим.

Фармакотерапия. Химиотерапия (этиотропное, антибактериальное лечение). Условия проведения: 1) своевременное начало лечения; 2) применение сочетанной (комбинированной) терапии; 3) правильная дозировка препаратов (с индивидуальным подбором и учетом массы тела больной); 4) достаточная продолжительность и регулярность. На 1-м этапе (3—6 мес.) лечение осуществляют в стационаре; на 2-м этапе (3—10 мес.) — амбулаторно, в диспансере и (или) в специализированном санатории; на 3-м этапе (1—2 года) — профилактика рецидивов и обострений, амбулаторно. При необходимости проводят курс гидротубаций — в стационаре.

Химиопрепараты оказывают на микобактерии бактериостатическое, а при длительности применения — бактерицидное действие. Наиболее часто для химиотерапии используют комбинации антибактериальных препаратов. Продолжительность введения одной комбинации и необходимость ее замены определяются степенью переносимости, клиническим эффектом и длится от 3 до 5 мес.

Все препараты, используемые для лечения в клинике туберкулеза, подразделяют на: *препараты первого ряда* — производные ГИНК (гидразид изоникотиновой кислоты): тубазид (разовая доза 0,3—0,6 г, суточная — 0,6—0,9 г), фтивазид (разовая доза 0,5—1,0 г, суточная — 1,0—2,0 г), метазид (разовая доза 1,0 г, суточная — 2,0 г), салюзид (разовая доза 0,5—1,5 г, суточная — 2,0 г); стрептомицин (разовая доза 0,5—1,0 г, суточная — 0,5—1,0 г), ПАСК

(разовая доза 4,0—5,0, суточная — 9,0—15,0 г), пасомицин (разовая доза 1,0 г, суточная — 1,0 г), стрептосальюзид (разовая доза 1,0 г, суточная — 1,0—2,0 г);

антибактериальные препараты второго ряда: этионамид (разовая доза 0,25—0,5 г, суточная — 0,75—1,0 г); протионамид, тревентикс (разовая доза 0,25 г, суточная — 0,5—1,0); тибон, тиаоцетазон (разовая доза 0,03—0,005 г, суточная — 0,06—0,1 г), пиразинамид, тизамид (разовая доза 0,5—1,0 г, суточная — 1,5—2,0 г), виомицин, флориомицин (разовая доза 0,5—1,0 г, суточная — 1,0 г), канамицин (разовая доза 0,5—1,0 г, суточная — 1,0—2,0 г), рифампицин, бенемицин (разовая доза 0,45—0,6 г, суточная 0,45—0,6 г), этамбутол (разовая доза 0,4—0,8 г, суточная — 0,8—1,2 г).

Наиболее эффективные комбинации химиопрепаратов:

1. ГИНК + стрептомицин (или его аналоги: канамицин, виомицин, флориомицин) + ПАСК (при непереносимости — тибон, этионамид, пиразинамид);
2. ГИНК + + стрептомицин (или его аналоги);
3. ГИНК + ПАСК (или тибон, этионамид, пиразинамид);
4. ГИНК + стрептомицин (или его аналоги) + этамбутол;
5. ГИНК + этамбутол;
6. ГИНК + рифампицин + этамбутол;
7. ГИНК + рифампицин + ПАСК (или его аналоги);
8. ГИНК + цикloserин;
9. Стрептомицин (аналоги) + ПАСК (или его заменители);
10. Этамбутол + этионамид (протионамид);
11. Этамбутол + рифампицин (бенемицин).

Используют следующие методы проведения химиотерапии: одноразовый энтеральный, дробный энтеральный, внутривенный струйный, внутривенный капельный, интермиттирующий. Наиболее высокая эффективность химиопрепарата при внутривенном введении всей суточной дозы.

Для внутривенного введения туберкулостатиков используют следующие смеси. *Пропись 1.* 3 %-й р-р ПАСК — 500 мл (15,0 г), 2 %-й р-р тубазида — 30,0—45,0 мл (0,6—0,9 г) или 5—10 %-й р-р салюзид — 10—20 мл, хлоркальциевый комплекс стрептомицина — 500 000—1 000 000 ЕД, 5 %-й р-р витамина В₆ — 1,0 мл, 5 %-й р-р витамина С — 1,0—2,0 мл. *Пропись 2.* 5 %-й р-р глюкозы — 250—500 мл, этионамид (для в/в введения) — 0,5—0,75 г, 2 %-й р-р тубазида — 30—40 мл, хлоркальциевый комплекс стрептомицина — до 1,0 г, 5 %-й р-р витамина В₆ — 1 мл, инсулин — 10 ЕД, 5 %-й р-р бикарбоната натрия — 3—4 мл. *Пропись 3.* 3 %-й р-р ПАСК — 500 мл (15,0 г), 2 %-й р-р тубазида — 30—60 мл (0,6—0,9 г), 5 %-й р-р витамина В₆ — 1 мл, 5 %-й р-р витамина С — 1—2 мл. *Пропись 4.* 5 %-й р-р глюкозы 250—500 мл, этионамида — 0,5—0,75 г, 2 %-й р-р тубазида — 30—45 мл (0,6—0,9 г) или 5 %-й р-р

салюзид — 20 мл (1,0 г), инсулин — 10 ЕД, 5 %-й р-р бикарбоната натрия — 3—4 мл. Прописи 3, 4 применяют при выраженных склеротических изменениях в тканях.

На первом этапе используют основное туберкулостатическое вещество. При активности туберкулеза с непроходимыми трубами показана двойная комбинация препаратов: изониазид — из расчета 10 мг/кг массы тела в течение 10—12 мес. (из-за выраженного склероза в очагах туберкулеза) и этамбутол или бенемидин. При частично проходимых маточных трубах назначают также двойную комбинацию препаратов, но изониазид — из расчета 5 мг/кг массы тела в течение 6 мес.

При значительных изменениях в придатках (выраженная распространенность процесса, воспалительная реакция) лечение проводят тройной комбинацией препаратов (изониазид, бенемидин, этамбутол). Изониазид применяют из расчета 10 мг/кг массы тела больной в течение 12—18 мес. При неактивном туберкулезном процессе профилактическую антибактериальную терапию проводят на период противорецидивного и рассасывающего неспецифического лечения (3—4 мес.). Для этого наиболее пригодна комбинация двух препаратов (изониазид, этамбутол или этионамид). Продолжительность первого курса (этапа) лечения больных с впервые выявленным заболеванием — 12—24 мес. Определяется она характером процесса, применяемым режимом, остаточными изменениями в пораженном органе к концу основного курса. На втором этапе назначают пероральный одноразовый прием антибактериальных препаратов интермиттирующим методом — через день или 2 раза в неделю, или по 3 мес. ежедневно весной и осенью. Основные используемые препараты: ГИНК (тубазид — 0,9 г/сут., фтивазид — 1—2 г/сут., метаид — 1,5 г/сут.) и тибон (0,1 г/сут.). Указанное лечение проводят после затихания процесса в половых органах. Если в течение двух лет не происходит обострение процесса, прием антибактериальных препаратов прекращают и проводят только в период интеркуррентных заболеваний. Специфическое лечение обязательно дополняют витаминами (группа В, С).

Патогенетическая неспецифическая терапия. Показания: посттуберкулезные изменения. Назначают ферменты (лидаза) по 64 ЕД в/м в течение 30—40 дней или используют свечи следующего состава: ронидаза — 0,2 г, аналгин, амидопирин — поровну по 0,5 г, новокаин — 0,05 г, пенициллин — 1 000 000 ЕД или другой антибиотик, к которому есть чувствительность, масло

какао — 0,3 г. Из антиоксидантов используют 30 %-й р-р α -токоферола ацетата — по 1 мл в/м ежедневно (на курс лечения 50—60 инъекций); 30 %-й р-р тиосульфата натрия — по 10 мл в/в через 1—2 дня (на курс 40—50 вливаний), или чередуют с внутриматочными вливаниями. Гидротубации (5—6 раз в течение менструального цикла) проводят, используя лекарственную смесь: 30 %-й р-р тиосульфата натрия — 10 мл, лидаза — 64 ЕД, пенициллин 1 000 000 ЕД, новокаин — 0,25 %-й р-р; общий объем смеси не должен превышать 30 мл. Вместо лидазы можно назначить биостимулятор (стекловидное тело) — по 2 мл в/м в течение 20—30 дн. Симптоматическое лечение включает назначение спазмолитических, седативных, анальгезирующих, антианемических препаратов, гормонов.

Химиотерапия при амбулаторно-поликлиническом наблюдении. В амбулаторно-поликлинических условиях лечат следующие группы больных: 1) с впервые выявленным процессом или обострением, которые могут быть госпитализированы в стационаре или направлены в санаторий; лечение проводят как впервые выявленным больным; 2) продолжающим основной курс химиотерапии после выписки из стационара; 3) больным с хроническим течением заболевания, длительно лечившимся, которым амбулаторная терапия проводится в период между стационарным и санаторным лечением; 4) всем больным, закончившим основной курс лечения и переведенным в подгруппу учета «Б»; лечение можно проводить прерывистым методом; 5) больным подгруппы «В» после интеркуррентных заболеваний.

Наиболее эффективны такие методы химиотерапии: однократный энтеральный прием лекарств в присутствии медицинского персонала в лечебных учреждениях или выдача препарата на 7—10 дн. вперед.

Немедикаментозное лечение. Применяют АФТ: СМТ-электрофорез, курс 12 дн.; 2 курса фонофореза гидрокортизоном через день, всего 12—15 процедур; грязелечение (в условиях санатория — грязевые «труссы», 15 процедур) или влагалищные тампоны (20 мин через день). Описанное лечение способствует восстановлению проходимости маточных труб.

Хирургическое лечение. Входит в общий комплекс мероприятий по борьбе с туберкулезом гениталий. Показания к операции: 1) отсутствие эффекта от длительного лечения (химиотерапии) — не менее 4—6 мес.; наличие увеличенных придатков матки, периодических обо-

стрений воспаления; 2) казеозные и свищевые формы поражения; 3) посттуберкулезные изменения: неправильные положения матки, нодозные сальпингиты с болевым синдромом, нарушением функции соседних органов, гидросальпинксы, тубоовариальные образования; 4) сочетание туберкулеза гениталий с новообразованиями; 5) гнойные воспалительные опухоли; 6) сочетание туберкулеза гениталий с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического вмешательства. Объем оперативного вмешательства должен быть по возможности щадящим и минимальным.

3.6. УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ

Урогенитальный микоплазмоз (уреаплазмоз) — это воспалительное заболевание мочеполовых органов, вызываемое патогенными микоплазмами.

Основные принципы лечения. Специфическая противомикоплазменная терапия, позволяющая воздействовать на все стадии развития микоплазм, является терапией выбора. Лечение уреаплазмоза должно быть комплексным и включать средства воздействия на возбудитель заболевания, а также стимулирующие неспецифическую сопротивляемость организма (декарис, метилурацил, ацемин, оротат калия, продигиозан, аутогемотерапия). Терапии подлежат все мужчины и женщины, у которых выделены микоплазмы из половых органов (есть воспаление у них или нет), а также лица с воспалительными явлениями в мочеполовом аппарате, у которых не обнаружены микоплазмы, а диагноз подтвержден путем конфронтации. Лечение супружеских пар, страдающих бесплодием и понижением фертильности вследствие уреаплазмоза, является обязательным. Во всех случаях терапию уреаплазмоза супружеской паре проводят с учетом клинического течения, топического диагноза, стадии болезни, особенностей патологии у конкретного пациента, данных анамнеза и всестороннего обследования больной. При составлении плана лечения и реабилитации следует помнить, что микоплазмоз — многоочаговое заболевание, требующее совместных усилий разных специалистов.

Фармакотерапия. Препаратами выбора являются антибиотики, активные в отношении микоплазм. Лечение уреаплазмоза осуществляют с учетом фазы воспалительного процесса: при остром воспалении достаточно одного из уреаплазмощидных препаратов и терапии других сопутствующих инфекций (если они имеются); подострые формы saniруют комплексом препаратов с применением и

местной терапии; при хронических или свежих вялотекущих (торпидных) формах проводят комплексную иммуностимулирующую терапию (метилурацил — внутрь; пирогенал, продигозан — в/м) в сочетании с местной терапией. Через 7—8 дн. снижается интенсивность местной терапии и на фоне продолжающейся иммуностимуляции назначают один из уреаплазмощидных препаратов. Подбор лекарственных препаратов при этом определяется особенностями биологии возбудителей, их чувствительностью *in vitro* и *in vivo* (табл. 46).

Табл. 46. Относительная чувствительность *in vitro* *M. hominis*, *M. urealyticum*, *M. pneumoniae* к антибиотикам, ингибирующим рост микоплазм

Антибиотики, мкг/мл	<i>M. hominis</i>	<i>M. urealyticum</i>	<i>M. pneumoniae</i>
Тетрациклины			
тетрациклин	0,5—0,2	0,05—0,6	0,06—0,8
метациклин	0,2—8,0	—	0,4—3,1
доксциклин	0,1—0,4	0,01—0,5	0,2
миноциклин	0,2—0,8	0,5—62,0	—
окситетрациклин	1,6—4,0	6,5—62,0	0,3—6,3
хлортетрациклин	1,0—1,2	—	1,6—6,3
Макролиды, линкозамыны, стрептограммины:			
эритромицин	461,0	0,4—3,0	0,01
олеандомицин	512,0	5,9	0,05
спиромицин	46,9	41,9	0,33
жозамин	0,1	0,45	0,02
линкомицин	0,65	73,0	4,9
пристинамицин	0,1—0,5	0,1—1,0	0,03—0,05
клиндамицин	0,03	2,62	1,6
виргиномицин	0,8	1,3	0,15
мидекамицин	0,6	0,6	0,02
розарамицин	0,05	0,05	0,01
Аминогликозиды			
стрептомицин	0,4—0,5	0,4—12,5	0,1—1,2
канамицин	1,6—12,5	1,6—50,0	3,1—12,5
гентамицин	0,2—12,5	0,4—6,2	0,4—0,8
Хлорамфеникол	0,2—1,6	0,6—6,2	0,8—6,4
Ципробай	250 мг 2 раза в день, 10 дней		

Микоплазмы абсолютно нечувствительны к бензилпенициллину, ампициллину, цефалоспорином, сульфаниламидам. *M. hominis* устойчива к некоторым ранее известным

макролидам (эритромицин, олеандомицин, спиромицин) и чувствительна к линкозаминам и стрептограминам; *M. urealyticum* — устойчива к линкозаминам и чувствительна к макролидам и стрептограминам. При выборе рациональной терапии урогенитального микоплазмоза следует учитывать, что она не должна оказывать неблагоприятного побочного действия на организм. После курса этиотропного лечения микоплазмоза спустя две недели проводят контрольные культуральные исследования.

В клинической практике используют следующие схемы терапии антибиотиками уреаплазмоза половых путей у супружеских пар (общее лечение): доксициклин (вибрамицин) — по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дн., доза на курс 2,0 г; или первая ударная доза — 200—300 мг, далее — по 0,1 г 2 раза в день, на курс 2,0—3,0 г; эритромицин — по 500 мг 4 раза в день в течение двух недель; тетрациклин (основной, наиболее широко употребляемый препарат) — по 0,5 г 4 раза в день в течение 1—2 нед., или по 0,3 г 5 раз в день (10—12 дн.), курсовая доза — до 27,0 г. При рецидивах назначают эритромицин — по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дн. Обязательна защита нистатином и витаминами.

Гентамицин вводят парентерально — по 40 мг каждые 8 ч в течение 5—7 дн., всего на курс 600—840 мг (при монотерапии), или в той же дозе в сочетании с доксициклином (0,1 г 3 раза в день, на курс до 2,5 г).

Циклическая антибиотикотерапия. Лечение начинают в 1-й день менструального цикла, подбирая наиболее переносимый антибиотик (доксициклин либо эритромицин в обычных дозах); курс — 15 дн. Во второй половине менструального цикла антибиотики не назначают. Если наступает беременность, а цервикальная культура на уреоплазмы остается положительной, то на протяжении следующих двух недель назначают эритромицин. Если беременность не наступает, супруги продолжают циклическое лечение антибиотиками в течение 6 мес. При привычном невынашивании или отсутствии регулярного менструального цикла супругам показан трехнедельный курс лечения эритромицином — по 2 г/сут.; метациклин (рондомицин) — по 600 мг (первый прием), затем — по 300 мг через каждые 8 ч в течение 8 дн. (на курс 9,0 г) или по 300 мг 4 раза в день (на курс 12,0 г). В стационарных условиях можно использовать морфоциклин (тетрациклиновый ряд) — в/в с 5 %-м р-ром глюкозы (в первый день — по 150 мг через 12 ч, в последующие дни — по 150 мг 1 раз в день в течение 6 дн., всего на курс 1,2 г). Таривид назначают внутрь (в первый прием — по 400 мг, далее —

по 200 мг через 12 ч в течение 10 дн.); или вместо него ципробай — в первый прием по 500 мг, затем по 250 мг через 12 ч в течение 10 дн. Эффективность лечения возрастает при одновременном назначении фуросемида (40 мг/сут.) утром во время или после еды. При рецидивах микоплазмоза после антибактериальной терапии необходима замена антибиотика, или использование парентерального метода введения того же антибиотика, или дополнение лечения местной терапией тем же антибиотиком.

Местное лечение. Выбор определяется давностью заболевания, характером патологического процесса, индивидуальной реакцией организма больного на то или иное раздражение. На патологический очаг воздействуют медикаментами или физиотерапевтическими способами (фонофорез с 1—3 %-й мазью тетрациклина, 1 %-й мазью эритромицина). Достаточно эффективен следующий состав лекарственных веществ по прописи: желатин (2 %-й р-р) — 50,0 г, ретинола ацетат (масляный раствор) — 5000 ЕД, инсулин — 200 ЕД, тетрациклин — 1 000 000 ЕД. Раствор используют в течение 10—12 дн. для инстилляций в уретру, мочевого пузыря, для влагалищных ванночек. Можно также рекомендовать после спринцевания влагалища 4 %-м р-ром бикарбоната натрия втирание порошка (из таблеток тетрациклина), или влагалищные ванночки с 3 %-м р-ром протаргола (колларгола), или влагалищные свечи (протаргол — 1,5 г, белый сахар — 4,0 г, молочный сахар — 3,0 г, масло какао — 1,0 г), или влагалищные тампоны с 2 %-м р-ром пищевой молочной кислоты (на 24 ч).

Немедикаментозное лечение. Наиболее показано при восходящем воспалительном процессе в виде АФТ: индуктотермия, электрическое поле УВЧ, электрофорез, ультразвук, фонофорез через тетрациклиновую, эритромициновую мазь, импульсные токи низкой частоты, дарсонвализация, озокерит, парафин.

Уреаплазмоз беременных. Санация уреаплазмоза у беременных и при внутриутробном инфицировании проводится эритромицином — внутрь по 0,2 г 4 раза в день в течение 5—7 дн. (после 12 нед. беременности).

При смешанной гонорейно-уреаплазменной, хламидийно-уреаплазменной, трихомонадно-уреаплазменной, уреаплазменно-гартнереллезной инфекциях и при сочетании трех и более инфекций одновременно вначале проводят противогонорейное лечение, а затем лечение остальных инфекций. При хламидийно-уреаплазменной инфекции назначают один или комплекс препаратов (тетрацик-

лины, сульфаниламиды и др.), но в достаточных дозах для излечения обеих инфекций; при уреаплазменной инфекции у больных с сифилисом лечение уреаплазмоза проводят комплексно, на заключительном этапе первого курса противосифилитического лечения. Совместимость препаратов и хорошая переносимость их позволяют лечить смешанные инфекции одновременно. Первые контрольные исследования — через 7—8 дн. после окончания лечения, в дальнейшем — в течение трех менструальных циклов. Лабораторное исследование лучше осуществлять перед менструацией или спустя 1—2 дня после нее.

3.7. ХЛАМИДИОЗ

Это полиорганный воспалительный заболевание, вызываемое граммотрицательными бактериями (хламидиями), неблагоприятно влияющее на состояние репродуктивной функции женщины.

Основные принципы лечения: ранняя диагностика и своевременное начало терапии; одновременное лечение обоих партнеров; при выборе химиопрепаратов следует учитывать эффективность их действия на хламидии *in vitro* и степень выраженности иммунодефицита; на всех этапах лечения применяют комбинированную терапию; выбор средств и эффективность препаратов зависят от этиологии, патогенеза и развития осложнений заболевания; при индивидуальной терапии обязательно учитывают локализацию воспалительного процесса, характер патологических изменений и общее состояние организма. При комплексной и индивидуальной терапии, применяемой при инфекционных заболеваниях, передающихся половым путем, соблюдают ряд общих принципов: запрещается до полного излечения половая жизнь, употребление алкоголя, острой пищи, пряностей, чрезмерная физическая нагрузка; при первичном выявлении хламидиозов другой локализации обязательна санация латентных очагов хламидиоза; одновременно проводят лечение сопутствующих заболеваний, тщательную профилактику кандидоза (нистатин — по 500 000 ЕД 4 раза в день, 10 дн.); лечение «невроза венерического заболевания». Курс начинают сразу после окончания менструации. Лечение уrogenитального хламидиоза должно быть этиотропным, патогенетическим и симптоматическим.

Фармакотерапия. На ранних стадиях процесса направлена на излечение заболевания и профилактику осложнений. Назначают антибиотики и химиопрепараты. Препаратами выбора являются антибиотики тетрацикли-

нового ряда, макролиды и сульфаниламиды. Антибиотиками глубокого резерва считают рифампицины.

Тетрациклины. Показания: свежие неосложненные формы уrogenитального хламидиоза. Наиболее часто используют тетрациклин, окситетрациклин — по 250 мг каждые 6 ч (1,2—2,0 г в день) в течение 14—21 дня. Курс лечения (до 15,0 г чистого вещества) следует считать максимальным и допустимым при отсутствии противопоказаний и проявления побочных действий этих антибиотиков. При сальпингитах назначают по 500 мг тетрациклина через 6 ч в течение 2 недель. Тетрациклины применяют в/м, в/в — по 0,05—0,1 г (в 3—5 мл 1 %-го р-ра новокаина) 2—3 раза в день в течение 10 дн. Парентерально используют также тетраолеан (в/в, в/м) — по 0,6—0,9 г/сут., на курс 4,2—6,3 г.

Морфоциклин вводят в/в в 20 мл 5 %-го р-ра глюкозы по схеме: 1-й день — по 0,15 г через 12 ч, затем в течение 7 дн. — по 0,15 г 1 раз в сутки. Для местного лечения (дает временный клинический эффект) применяют 1—3 %-ю тетрациклиновую мазь (тампоны местно на патологический очаг). Антибиотиками резерва являются метациклин (рондомицин) и доксициклин. Рондомицин назначают по 10 мг/кг массы тела больной, доза на курс — не менее 7,0—10,0 г. Доксициклин (вибрамицин) применяют: при восходящей хламидийной инфекции в первый день лечения — 0,3 г препарата однократно, затем ежедневно по 0,1 г в течение 14 дн., доза на курс — от 1,6 до 3,0 г; или в течение 12 дн. (цервицит, сальпингооофорит), доза на курс — 1,4 г; или в течение 21 дня (уретрит, цистит), доза на курс 2,2 г.

Макролиды. Показания: наличие противопоказаний к использованию группы тетрациклина (беременность, лактация, новорожденные, дети до 7 лет). Эритромицин используют по 250 мг 4 раза в день, или по 200 мг 3 раза в день в/в (1,2—1,5 г/сут.), или по 500 мг 2 раза в день, курс 14—15 дн.; рифампицин (бенемидин) — по 10 мг/кг массы тела больной, идентично. Эритромицин комбинируют с рифампицином по схеме: 1-й день — рифампицин — по 900 мг однократно, 2-й и 3-й дни — по 150 мг 4 раза в день, на 4-й и 5-й день — по 150 мг 3 раза в день. Курс лечения — 3,0 г. Эритромицин назначают в дозе 2,0 г/сут. в 4 приема, на курс лечения — 12,0 г.

При хроническом и осложненном хламидиозе целесообразно использование эрициклина в сочетании с иммуномодулятором диуцифоном: первые три дня назначают диуцифон — по 0,1 г 3 раза в день, с 4-го дня дополни-

тельно эрициклин — первые 2 дня по 1,0 г 3 раза в сутки, затем по 0,75 г 3 раза в сутки. Курсовые дозы: диуцифон — 4,2 г, эрициклин — 25,0—26,0 г.

При сочетании хламидиоза с гонорейной инфекцией показано назначение доксициклина с ферментами (оразу): *доксициклин* — первый прием — 0,3 г, затем 2 раза по 0,1 г через 6 ч, все последующие приемы — по 0,1 г через 12 ч (курс лечения — 8—10 дн.); оразу — по 1/2—1 ч. ложке после еды (0,2 г) 3 раза в день (курс лечения 2—4 нед.).

Сульфаниламиды. Целесообразно комбинировать одновременно или последовательно с тетрациклином, эритромицином. Наиболее приемлемы сульфаниламиды пролонгированного действия: 1-й день — однократно по 2,0 г, затем — 1,0 г/сут., курс 7—14 дн. Сульфатон (бактрим, бисептол): первый день — ударная разовая доза (4 табл., 1,4 г), суточная доза — 2,8 г (8 табл.). Суточную дозу применяют в 2 приема через 12 ч. В последующие дни используют поддерживающие дозы: минимальная разовая — 1 табл. (0,35 г), минимальная суточная — 2 табл. (0,7 г). Курс лечения — 7—14 дн. Ципробай — антибактериальный препарат широкого спектра действия (назначают при хламидиозе, микоплазмозе — по 250 мг 2 раза в сутки в течение 7—10 дн.).

Патогенетическая и симптоматическая терапия. Проводят при свежем хламидиозе одновременно с этиотропным лечением до получения легкого обострения процесса; при торпидном (хроническом) — за 2—3 нед. до начала этиотропного лечения. Предусматривает дифференцированное использование специфических, болеутоляющих, седативных, тонизирующих, гипосенсибилизирующих и стимулирующих средств. Комплексная терапия включает также целенаправленные местные процедуры, по показаниям — хирургическое вмешательство.

Стимуляторы неспецифической реактивности организма. Цель: устранение иммунодефицита, обострение воспалительного процесса. Пирогенал вводят в/м через день, начиная с 50—100 МПД, и увеличивают дозу для каждой последующей инъекции на 100—150 МПД в зависимости от степени температурной реакции. Максимальная разовая доза — 600—800 МПД; курс — 6—8 инъекций. Продигозан назначают в исходной дозе 15 мкг, затем ее постепенно увеличивают на 10—25 мкг, в зависимости от реакции организма (общей, очаговой, местной). Максимальная разовая доза 75 мкг; курс — 4 инъекции с интервалом в 4—5 дн. Кроме того, возможно

применение биостимуляторов, декариса, метилурацила, адаптогенов (см. *Герпес генитальный*). Обязательными являются: нормализация функции печени (ливамин, меркензим; желчегонные средства); седативные вещества; анальгетики.

Местное лечение. Определяется локализацией воспалительного процесса. При уретрите (подострый и хронический период) уретру промывают растворами антисептиков — 1 раз в сутки; при торпидном течении дополнительно осуществляют массаж уретры с последующей инстилляцией в уретру 2—5 %-го р-ра димексида с тетрациклином (100 000 ЕД/мл) или 2 %-го масляного р-ра хлорофиллипта; в парауретральные ходы вводят 2 %-й р-р колларгола (протаргола), проводят коагуляцию небольших протоков (ДЭК, крио-, лазером).

При бартолините остром назначают покой, анальгетики (свечи с красавкой), теплые сидячие ванны с перманганатом калия, новокаиновые блокады с антибиотиками (1 раз в сутки); при подостром и хроническом течении бартолинита — электрофорез с антибиотиками, УВЧ на область железы; при абсцессе — хирургическое вскрытие, при рецидиве — удаляют большую железу преддверия влагалища.

При кольпите, вульвите, вульвовагините назначают на ночь теплую сидячую ванночку с антисептиком (15—20 мин); 2 раза в день проводят спринцевания раствором перманганата калия (1:10 000) или фурацилина; показана седативная терапия; при локализованных воспалительных очагах — коагуляция 2 %-м р-ром нитрата серебра или любой другой вид коагуляции; при хроническом процессе — АФТ: индуктотермия, УВЧ, ИК-лазер, влагалищный электрофорез калия йодида (2—5 %-й), ихтиола (5 %-й), грязевые аппликации.

При хламидиозном вагинозе у девочек во влагалище вводят с помощью катетера 5—8 мл 2—3 %-го р-ра димексида с тетрациклином (100 000 ЕД/мл) или 3—5 мл 1—2 %-го р-ра хлорофиллипта; курс лечения 8—10 дн. При эндоцервиците канал шейки матки обрабатывают тампоном, пропитанным 10 %-м р-ром натрия бикарбоната (для растворения слизистой пробки), далее слизистую канала обрабатывают 1—2 %-м спиртовым р-ром хлорофиллипта и тушируют 3—5—10 %-м р-ром димексида или 1 %-м р-ром нитрата серебра. Один раз в 3 дня осуществляют инстилляцию с 1—3 %-м р-ром колларгола или 3 %-м раствором хлорофиллипта; курс лечения 10—12 дн. В хронической стадии заболевания показана АФТ: интравагинальный (интрацервикальный) электрофорез цинка,

меди или серебра, УВЧ, микроволны, бальнео-, климато-, гелиотерапия.

При псевдоэрозиях шейки матки назначают спринцевания с 2 %-м водным раствором хлорофиллипта или другого антисептика, затем во влагалище (к шейке матки) вводят тампон (на 10—12 ч) с 1—3 %-й мазью тетрациклина или гиоксизона (окситетрациклин — 0,03 г, гидрокортизон — 0,01 г). Возможно использование для этой цели болтушки по прописи: рифампицин — 0,6 г (4 капсулы), димексид — 20,0 г, натрия бикарбонат 4 %-й — 100,0 г; или мази (2 %-й тетрациклин).

Немедикаментозное лечение. Цель его состоит в повышении эффективности проводимого этиотропного лечения и выступает как компонент комплексной терапии, направленной на стимуляцию неспецифической резистентности организма. Показана АФТ: ультразвук, диатермия, СВЧ, УВЧ, микроволны, амплипульс, вибромассаж; тепловые процедуры (микроклизмы с ромашкой, корой дуба, девясилом, димексидом; сидячие ароматические ванны с лекарственными травами, хвойно-соляные ванны); на заключительном этапе используют бальнеотерапию, ЛФК, санаторно-курортное лечение. Из нетрадиционных методов терапии показаны: дозированная локальная гипертермия в режимах, соответствующих степени активности и распространенности воспалительного процесса; нормобарическая оксигенация (гипокситерапия); фитотерапия; рефлексотерапия; лазерное лечение (см. *Кольпит. Вагиноз*).

Основными причинами неудач при проведении лечения являются: развитие дисбактериоза, появление иммунодефицита, дефекты диагностики, формальный подход к лечению (увлечение этиотропной терапией), не диагностируются сопутствующие трихомоноз, уреаплазмоз.

Реабилитация. Проводят в обязательном порядке. Осуществляет ее акушер-гинеколог, уролог, венеролог. При разработке оптимальных методов лечения ассоциированной хламидийной инфекции другой локализации привлекаются смежные специалисты (ревматолог, физиотерапевт и др.). Реабилитация предполагает также определение критериев излеченности и необходимость осуществления общих профилактических мероприятий (санация носителей, меры личной защиты от заражения).

Хламидиоз у беременных. Назначают эритромицин — по 500 мг 2 раза в день в течение 14—15 дн. Местное лечение проводят с особой осторожностью.

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

4.1. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ГЕНЕЗ БЕСПЛОДИЯ

Брак считают бесплодным, если отсутствует беременность спустя 12 мес. регулярной половой жизни без предохранения. По ВОЗ принято выделять три основные группы причин женского бесплодия: 1) трубные факторы; 2) расстройство овуляции; 3) различные гинекологические заболевания. Цель лечения — восстановление фертильности женского организма.

Общие принципы лечения. Обязательная аутогенная эмоционально-волевая тренировка. Вопрос терапии решается только после окончательного обследования супругов (андрологом и гинекологом). Если причин бесплодия несколько, то необходимо наметить план и последовательность проведения лечебных мероприятий. Хирургическое лечение трубного бесплодия проводят только после предварительного этапного лечения воспалительного процесса обоих супругов. Лечение должно быть комплексным, направленным на восстановление всех звеньев системы репродукции (овуляция, транспорт гамет, имплантация яйцеклетки).

Воспалительный генез бесплодия — это случаи бесплодного брака, обусловленного последствиями перенесенного воспалительного процесса женских половых органов, приводящего к поражению органов-мишеней. Терапия носит этапный характер и включает: 1) купирование воспалительного процесса; 2) восстановление проходимости маточных труб; 3) коррекцию нарушений их функции; 4) активацию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Лечению хронического сальпингооофорита с бесплодием должны предшествовать: исключение специфического воспаления в придатках (осмотр фтизиогинеколога, его обследование, исключение гонореи); обязательное исследование функции яичников по тестам функциональной диагностики. Выделяют консервативное и хирургическое лечение бесплодия воспалительной этиологии. Консервативная терапия должна носить этапный характер, состоит из фармакотерапии (проводят только на первом этапе) и немедикаментозных влияний (первый — третий этапы лечения).

Консервативное лечение. Фармакотерапия. Проводят на первом этапе лечения, преследует цель обострения хронического сальпингооофорита. Для этого используют 0,005 %-й р-р продигиозана, вводят только в стационаре — по 1 мл в/м 1 раз в 4 дня; на курс 4 ампулы. Основные условия при проведении лечения продигиозаном: 1) учет ответной реакции организма на введение препарата (табл. 47); 2) исследования до начала лечения (анализ крови, С-реактивный белок крови, бакпосев из цервикального канала на флору и чувствительность ее к антибиотикам); 3) анализ крови после каждой инъекции продигиозана (после второй инъекции назначают: повторный бакпосев на флору и антибиограмму из эндоцервикса; исследование крови на С-реактивный белок; целенаправленное физиотерапевтическое лечение — 10—15 процедур ежедневно); 4) в случае выраженной реакции организма (высокая температура, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, выраженная очаговая реакция) дополнительно к физиопроцедурам следует принимать антибиотики с учетом чувствительности к ним микрофлоры (трихопол, сульфаниламиды); 5) одновременно продигиозан назначают и партнеру, независимо от наличия у него признаков воспаления (4 ампулы в/м, анализ крови до и после каждого введения, отмечают общую и очаговую реакцию); после второй инъекции назначают антибиотики широкого спектра действия (трихопол — не менее 7—10 дн.); лечение партнера проводят в стационаре с учетом противопоказаний к введению продигиозана.

Табл. 47. Ответная реакция организма на введение продигиозана

Показатель	Реакция организма		
	слабая	умеренная	выраженная
Состояние больной	Удовлетворительное	Удовлетворительное	Удовлетворительное, средней тяжести
Озноб	Нет	Незначительный	Сильный
Температура	Не выше 37,5 °С	Не выше 37,5 °С	37,6 °С и выше
Боль			
в низу живота	Редкая, слабая	Частая, длительная	Постоянная, сильная
головная	Нет	Незначительная	Сильная
в суставах	Нет	Возникает редко	Возникает часто

1	2	3	4
в придатках	Нет, слабая	Умеренная, чаще без иррадиации	Сильная, чаще иррадирующая
Бели	Нет	Незначительные	Обильные
Симптомы раздражения брюшины	Нет	Нет	Могут быть
Лейкоцитоз (г/л)	Нет	Не более $10 \cdot 10^9$	Более $10 \cdot 10^9$
Нейтрофилез СОЭ, мм/ч	Отсутствует Норма	5—8 % До 20	9 % и более Свыше 20
С-реактивный белок, мм	Отсутствует	0,5—1	2 и более

Немедикаментозное лечение. Первый этап: дифференцированная аппаратная физиотерапия (табл. 48) с учетом ответной реакции организма на продигозан, клинической задачи. Предпочтительнее вместо гальванического тока применять синусоидальные модулированные токи — аппаратом «Амплипульс-4»: режим работы — II; род работы — IV; глубина модуляций — 100 %; частота — 100 Гц; посылка — 2—3 с; ощущения выраженной, но безболезненной вибрации; длительность процедуры — 20 мин; курс — до 15 процедур. Вместо микроволн и ПсМП низкой частоты показано УФО типа «труссы» (по методике С. Н. Щербака), ежедневно, до 8 процедур.

Табл. 48. Дифференцированная физиотерапия первого этапа лечения бесплодия

Реакция на продигозан	Клиническая задача	Методика лечения
1	2	3
Отсутствует	Индукция экссу- дацивного процесса при гипофункции яичников	Сочетанный электрофорез с 3 %-м р-ром диметилсульфоксида (на лоно), катод — крестец и 10 %-м р-ром калия (лучше микроклизма 1 %-го р-ра калия йодида 50,0—77,0 мл) Электрофорез с 3 %-м р-ром диметилсульфоксида: анод — лоно, катод — крестец с лекарством на обеих прокладках

1	2	3
	при миоме матки, аденомиозе	Электрофорез с йодом: катод — крестец с 10 %-м р-ром калия йодида, анод — лоно (вода) и микроклизма с 1 %-м р-ром калия йодида в количестве 50,0 — 70,0 мл
Слабая	Стимуляция экссудативного процесса	Электрофорез только с 3 %-м р-ром диметилсульфоксида (обе прокладки)
Умеренная	при миоме матки, аденомиозе Усиление антибактериального эффекта	Электрофорез йода (идентично — см. выше) Электрофорез с 1 %-м р-ром сульфата цинка: анод — лоно, катод — крестец (вода)
	При гирсутизме	Электрофорез с 10 %-м р-ром аспирина: анод—лоно, или 2 %-м р-ром салицилата натрия в 50 %-м р-ре диметилсульфоксида, катод — крестец (вода); обязательно сочетать с 2 %-м р-ром амидопирина
	Болеутоление	Сочетанный электрофорез с 1 %-м р-ром цинка сульфата; анод — лоно, катод — крестец — 2 %-й р-р салицилата натрия
	Болеутоление и гирсутизм	Сочетанный электрофорез 2 %-го р-ра амидопирина и 2 %-го р-ра натрия салицилата
	Спастический колит	Сочетанный электрофорез с 10 %-м р-ром сульфата магния и 2 %-м р-ром натрия салицилата (катод — крестец)
	Гипофункция яичников	Электрофорез с 2 %-м р-ром сульфата меди
Выраженная	Предупреждение генерализации воспалительного процесса	Микроволны на низ живота (аппарат «Ромашка» или ДМВ-20-1 «Ранет»), всего 3 процедуры; далее во влагалище (ощущение слабого тепла) ежедневно, по 15 мин, всего 12 процедур
	При мастопатии, миоме матки, аденомиозе	Переменное магнитное поле (ПемП) на низ живота в течение 3 дн., потом во влагалище — ручка «Интенсивность» — 4—15 мин, всего 15 процедур

Второй этап: начинают спустя 10—15 дн. после физиотерапии; основной действующий лечебный фактор —

АФТ; перед проведением лечения женщина должна пройти тестирование функциональной диагностики (для суждения о гормональной функции яичников), что определяет выбор физического метода воздействия.

Возможные варианты физиотерапии: 1) при относительной гиперэстрогении — показаны только радоновые ванны; 2) при неизменной (сниженной) функции яичников — озокерит, лечебные грязи или сероводородные ванны. Используют «труссы», внутритолостные тампоны, общие ванны и влагалитцные орошения. Лечение проводят в амбулаторных условиях по месту жительства больной или в санатории-профилактории. При наличии экстрагенитальной патологии больную направляют на курорт соответствующего профиля. При недоразвитии половых органов можно использовать абдоминальную декомпрессию в сочетании с вибромассажем.

Спустя 4 мес. после лечения (эффект последействия) проводят контрольную гистеросальпингографию (ГСГ), при наличии проходимости труб определяют функцию маточных труб методом кимографической пертурбации или лучше радиоизотопным методом. Возможные варианты: 1) если функция маточных труб не нарушена — дальнейшее лечение не требуется; 2) если по данным ГСГ проходимость маточных труб не восстановлена — курс лечения повторяют (продигиозан с последующей физиотерапией и бальнеотерапией).

Третий этап: проводят в тех случаях, когда после второго этапа проходимость маточных труб восстановлена, но нарушено их функциональное состояние. Основное лечение — сероводородная вода (100 мг/л на хлоридно-натриевой основе). Показания: дисфункция симпатoadреналовой системы; нарушение сократительной активности маточных труб (дискоординация, отсутствие (снижение) их сокращений). У женщины пальпаторно определяют изменения труб — утолщение, уплотнение, фиксация спайками. Лечение проводят на курорте или в водолечебнице. Электростимуляцию маточных труб осуществляют аппаратом «Эндотон»-01-Б, форма выходного тока — прямоугольные, монополярные импульсы, частота 12,5 Гц. Ректальный электрод вводят в зеркалах в задний свод (катод), анод — водная прокладка на крестце. Ощущение безболезненной вибрации, курс — 10—12 процедур ежедневно или лучше через день по 5—6 мин. Лечение начинают с 5—7-го дня менструального цикла.

Неотъемлемое условие лечения на всех этапах — обязательная контрацепция, а на третьем этапе — гормональ-

ная (СПП). При частых повторных обострениях хронического сальпингита и отсутствии после двухэтапного лечения пальпаторного улучшения дальнейшее консервативное лечение бесперспективно. Если после двух этапов проходимость маточных труб не восстановлена и отсутствуют признаки спонтанного обострения, показана микрохирургическая или эндоскопическая коррекция маточных труб.

Хирургическое лечение. Основные положения тактики ведения больных, которым предстоит выполнить операцию на трубах, следующие.

1. Пациентки должны быть соматически здоровыми женщинами репродуктивного возраста — не старше 35 лет.
2. Определение трубного фактора как единственного в браке после полного и тщательного обследования обоих супругов.
3. При наличии других факторов бесплодия операция показана лишь при абсолютной уверенности в том, что сопутствующие факторы (ановуляция, шеечный фактор, бесплодие мужа) могут быть устранены.
4. Условия для проведения операции могут быть окончательно определены лишь при лапароскопии; последнюю предпочтительно выполнять после подготовки прогестероном.
5. При лапароскопии необходимы такие подготовительные манипуляции: рассечение спаек для мобилизации труб, эндокоагуляция эндометриоидных гетеротопий, удаление небольших субсерозных миом.
6. При наличии гидросальпинксов или фибриоза сальпингостомия может быть произведена операционным лапароскопом.
7. Микрохирургические операции проводят больным, которым показана реимплантация маточных труб или разные виды анастомоза.
8. Идеальный вариант для больной — выполнение операции в операционной, оснащенной хирургическим лапароскопом и микрохирургической техникой, что обеспечивает возможность непосредственного перехода от одной операции к другой или поэтапное их выполнение.

Противопоказания: возраст пациентки старше 35 лет; длительность заболевания более 10 лет; туберкулез органов малого таза; частые обострения воспалительного процесса в придатках матки (2 раза и более в год) или недавно (до 1 года) перенесенный острый воспалительный процесс; IV степень окклюзии дистального отдела маточной трубы (гидросальпинкс диаметром более 25 мм); спаечный процесс в малом тазу III степени выраженности (плотные инкапсулированные сращения вокруг труб и яичников, вовлечение в процесс петель кишечника); короткие маточные трубы или большая протяженность участка обли-

терапии (в результате после операции останется участок трубы менее 5 см); стойкая ановуляция, не поддающаяся гормональной терапии.

Виды хирургического лечения: 1. Оперативная эндоскопия — до операции лапароскопии трубы контрастируют индигокармином или метиленовой синькой; электрокоагулятором или лазером рассекают спайки или рубцово измененный ампулярный отдел маточной трубы; проводят другие манипуляции. 2. Микрохирургическое вмешательство показано при спаечном процессе II—III степени в малом тазу. Проводят лапаротомию (по *Пфannenштилю*), сальпинголизис и пластику маточных труб. Микрохирургическую технику используют также для рассечения спаек, электрокоагуляции, сальпингостомии, истмико-истмического анастомоза, реимплантации маточных труб. Выполняют операцию в первую фазу менструального цикла. В ходе операции для профилактики послеоперационных сращений в брюшную полость вводят 400 мл полиглюкина с оставлением микроирригатора.

Реабилитация. Всем пациенткам через 1—2 мес. после операции производят: рентгентелевизионную ГСГ (устанавливают проходимость маточных труб); радионуклидное исследование их функционального состояния; кимографическую пертубацию (уточняют характер функциональных нарушений проходимых труб); исследование гормонального профиля и моторики труб.

Для устранения функциональной неактивности маточных труб с восстановленной оперативным путем их проходимость показана комплексная, дифференцированная терапия.

1-й этап — со 2—3-го дня послеоперационного периода. Фармакотерапия. Назначение антибиотиков широкого спектра действия; ингибиторов простагландин синтетазы (индометацин, метиндол, напроксен и др.); ферментных препаратов; полиглюкина (150—200 мл) — в течение — 6—7 дн. через микроирригатор (искусственный гидроперитонеум). Последний обычно извлекают на 4—5-е сут., далее через цервикальный канал микропротектора показан курс гидротубаций через день в течение 2 недель.

Немедикаментозное лечение. ПсМП низкой частоты; электрофорез с 5 %-м р-ром калия йодида (при миоме матки), с 2 %-м р-ром сульфата меди (при гипофункции яичников); ГНЛ сфокусированным пучком на область послеоперационной раны и микроирригатора (5—7 мин, ПМ — до 80—100 мВт/см²), или ИК-лазер через

повязку на рану и в паховых областях сканирующей методикой (длина волны 0,89 мкм, частота импульсов 300 в 1 мин, экспозиция 128 с). Курс включает 10—12 процедур. Обязательным является назначение в ближайшие 2—3 менструальных цикла (в дни менструации) антибиотиков широкого спектра действия (профилактика воспалительной реакции).

2-й этап — 3—4-й мес. после операции (проводят амбулаторно). Состоит из следующих воздействий: ультразвука в импульсном режиме (12—15 процедур); гинекологического массажа, ЛФК.

3-й этап — 5—6-й мес. после операции. Продолжение дефибрирующей терапии и улучшение гормональной функции яичников. Проводят в санаторно-курортных условиях с помощью дифференцированной АФТ, лазертерапии, бальнеолечения. При гипофункции яичников назначают лечебные грязи, озокерит, нафталан, сероводородные воды; при гиперэстрогении — йодобромные ванны, радоновые воды.

4-й этап — 7—8-й мес. после операции; восстановительная терапия. Направлена на устранение нарушений функции маточных труб и гормонального дисбаланса. При частичной проходимости маточных труб, умеренном спаечном процессе в малом тазу используют с 5—7-го дня менструального цикла токи надтональной частоты, всего 15 процедур. При полной проходимости маточных труб, но со сниженной их сократительной активностью и гипоэстрогенией назначают электростимуляцию (10—12 сеансов) ежедневно или через день внеполостными и влажными электродами. Обязательным условием успешного проведения реабилитации является применение различных видов контрацепции. При недостаточности лютеиновой фазы наиболее приемлемы трехфазные СПП (триквилар, тризистон и др.). После проведенной комплексной восстановительной терапии в случаях отсутствия овуляции назначают циклическую гормональную терапию, затем индукцию овуляции (кломифен, клостилбегит).

4.2. ЭНДОКРИННОЕ БЕСПЛОДИЕ

Это бесплодие, характеризующееся расстройством процесса овуляции. Лечение должно быть строго дифференцированным в зависимости от генеза и характера имеющейся эндокринной патологии, длительности бесплодия, наличия сопутствующих заболеваний.

Бесплодие при регулярном ритме менструаций и олигоменорее

Эту группу составляют больные без гиперпролактинемии, гиперандрогении и при исключении эндометриоза. Фармакотерапия. Назначают циклическую гормональную терапию или синтетические прогестины (табл. 49) с учетом противопоказаний, побочных явлений и эффективности.

Табл. 49. Гормональная терапия бесплодия при олигоменорее и регулярном ритме менструаций

Циклическая гормонотерапия	Синтетические прогестины
Микрофоллин — по 0,1 мг внутрь после еды с 5-го по 18-й день цикла; норколут — по 10 мг или прогестерон (1 мл 2,5 %-го р-ра) — с 18-го по 26-й день цикла (инъекции через рез день). Длительность терапии — 3 мес., с последующим перерывом в 2—3 мес.; всего 3 цикла. Стимуляция функции яичников наступает в 70—80 % случаев, беременность — у 25—40 % больных	Нон-овлон, бисекурин, ригевидон — с 5-го по 25-й день менструального цикла (по 1 табл. в день на протяжении 2—3 мес.), затем перерыв на 3 мес.; всего 3 цикла лечения. Если после месячного курса лечения отсутствует (скудная) менструация, лечение должно продолжаться не более 1—2 мес. с перерывом в 3 мес. и отказом от повторных курсов. Обязателен учет противопоказаний и побочных явлений. Беременность наступает в 74,3 % случаев

При отсутствии эффекта после трех циклов лечение следует продолжить медикаментозными индукторами овуляции (кломид, кломифен) в индивидуально подобранной дозе с контролем по ТФД, динамическим влагалищным исследованием и эхоскопией (см. ДМК). Для повышения цервикального числа и снижения антиэстрогенного эффекта назначают микрофоллин — по 0,1 мг в день с 9-го по 13-й день цикла, что увеличивает частоту наступления беременности на 10—15 %. Чаше лечение индукторами осуществляют в течение 6 циклов (месяцев) подряд. При гипертермии базальной температуры более 16—25 дн. показаны тесты на наличие беременности (ХГ мочи) для уточнения диагноза и решения вопроса дальнейшего лечения.

Немедикаментозное лечение. Показано только при нерезко выраженных эндокринных нарушениях (НЛФ, ановуляция, нормальный уровень эстрогенов). Основные воздействия изложены в разделе ДМК.

Бесплодие с нормогонадотропной и гонадотропной аменореей

На первом этапе выполняют прогестероновую пробу. При положительной реакции с 5-го дня менструальноподобной реакции, а при отсутствии ее — с любого дня лечение повторяют (см. *Бесплодие при регулярном ритме менструации и олигоменорее*). На втором этапе назначают стимуляторы овуляции (кломифен). В случае отсутствия овуляции, при максимуме цервикального числа, через 4—5 дн. после прекращения приема таблеток индуктора вводят 3000—5000 ЕД хориогонина в/м 3 раза через день (на 11, 13, 15-й день или на 12, 14, 16-й день спонтанного цикла или индуцированного гестагенами).

Бесплодие при гиперандрогении яичникового и надпочечникового генеза — см. *Болезнь поликистозных яичников, АГС*.

Гиперпролактиновые формы эндокринного бесплодия. Терапию проводят парлоделом при: а) гиперпролактинемии и регулярных месячных; б) олигоменорее и аменорее с явлениями галактореи и без нее. Необходимо исключить аденому гипофиза, другую патологию гениталий.

Начальную дозу подбирают индивидуально в зависимости от цикла, переносимости, степени гиперпролактинемии. Обычно это 1/4—1/2 табл., дозу постепенно увеличивают на 1/2 табл. каждые 2—3 дня. Лечение начинают с 1-го дня (если имеются менструации) и с любого — при аменорее. В первом цикле (28—30 дн.) доза составляет 2,5—5 мг/сут. Если на фоне лечения возникают кровя, то его не прекращают. Контроль за уровнем пролактина осуществляют дважды в каждом цикле лечения (28—30 дн.): на 5—8-й день определяют уровень пролактина и эстрогенов; на 23—25-й день оценивают наступление овуляции. Если после первого курса лечения имеется ановуляция или НЛФ, повышен пролактин, — во втором курсе лечения (28—30 дн.) суточную дозу парлодела увеличивают каждые 2—3 дня на 1 табл., но чтобы она не превышала 10—12,5 мг/сут. Курсы лечения проводят в течение 6—8 мес. (следят за предельно допустимой суточной дозой парлодела). Если после курса терапии парлоделом овуляция отсутствует, это является показанием к назначению пергонала-500 (по 2 ампулы в/м на протяжении 8—10 дн.). В зависимости от ответной реакции дозу постепенно увеличивают. Спустя 48 ч после последней инъекции вводят однократно 10 000 ЕД профази (препарат ЛГ); контролируют наступление овуляции по общепризнанным те-

стам. Каждой больной проводят не более трех курсов лечения, всего 12 циклов терапии.

Бесплодие и маточная форма аменореи и бесплодие при ПКЯ — см. *Аменорея маточная. Болезнь поликистозных яичников.*

4.3. ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Это бесплодие, обусловленное действием самых разнообразных факторов иммунного характера на любом этапе репродуктивного процесса. Большое значение имеет состояние местного иммунитета в гениталиях женщины (шеечный фактор, иммуногенность спермы, изоиммунизация женщины спермантитенами).

Фармакотерапия. 1. Неспецифическая десенсибилизация (антигистаминные и другие препараты). 2. Иммуносупрессивная терапия — назначают иммуномодуляторы левамизол или глюкокортикоид в разных режимах. Лечение осуществляют или небольшими дозами этих препаратов в течение 2—3 мес., или ударными дозами в течение 7 дн. в последние или первые дни менструального цикла женщины. 3. Введение эстрогенов в преовуляторный период — направлено на улучшение качества шеечной слизи и уменьшение количества иммуноглобулинов в ней. 4. Лечение антибиотиками — преследует цель снижения антиспермальных антител, возникающих при дремлющей инфекции в половых путях женщины.

Немедикаментозное лечение. Терапия кондом в течение 6 мес. необходима для уменьшения концентрации антител в плазме крови и цервикальной слизи женщины; и наиболее широко — метод искусственного осеменения путем введения спермы мужа в полость матки.

Техника искусственной инсеминации: в условиях операционной (амбулаторно) в зеркалах Куско обнажают шейку, бережно протирают сухим ватным тампоном; в стерильный пластмассовый шприц емкостью 1 мл набирают отобранную для инсеминации порцию эякулята, присоединяют полиэтиленовый катетер, который заполняют спермой; корнцангом (без фиксации шейки матки) катетер вводят за внутренний зев. Оптимальная доза — 0,4 мл спермы. После манипуляции женщина соблюдает постельный режим не менее 30 мин. Операцию проводят в сроке, близком ко времени овуляции, частота — 2—3 раза в месяц через день, на протяжении 6—10 менструальных циклов.

Трудности проведения операции и осложнения: затруднение введения кондуктора, появление кровянистых выделений из половых путей из-за травмы; спазм шейки матки; инфицирование половых органов, недостаточная защита спермиев от неблагоприятных факторов внешней среды (холодовой и тепловой шок, формирование антиспермального иммунитета).

В зависимости от источника получения спермы различают гомологическое искусственное (эякулят мужа) и гетерологическое (эякулят донора) осеменение. Инсеминацию спермой мужа (ИСМ) проводят в соответствующих условиях и по следующим показаниям: *со стороны жены* — 1) старые разрывы промежности, вследствие чего сперма после сношения сразу вытекает наружу; 2) анатомическое препятствие со стороны влагалища или матки (врожденные аномалии, приобретенные стенозы); 3) тяжелые формы вагинизма; 4) неблагоприятное воздействие содержимого влагалища или цервикальной слизи; 5) анкилозные повреждения тазобедренных суставов и другие ситуации, делающие невозможным половой акт; *со стороны мужа* — 1) импотенция с отсутствием (недостаточностью) эрекции; 2) большие размеры гидроцеле или пахово-мошоночной грыжи; 3) преждевременная эякуляция; 4) выраженный гипоспадия; 5) некоторые формы олигозооспермии.

Гетерологическую инсеминацию проводят по медицинским показаниям: абсолютные — азооспермия, относительные — олигоспермия и олигоастеноспермия у мужа, не поддающаяся лечению; несовместимость супругов по резус-фактору; наследственные заболевания у мужа, передающиеся потомству.

Противопоказания к инсеминации спермой донора: 1) отсутствие согласия мужа и жены (нет письменного подтверждения); 2) у незамужних, разведенных и овдовевших женщин; 3) отсутствие четких данных тщательного обследования супругов и установления неоспоримых показаний к вмешательству; 4) наличие каких-либо противопоказаний к беременности; 5) возможность устранения бесплодия путем лечения или операции. Если беременность не наступает в первые 6—8 циклов, то дальнейшее проведение искусственной инсеминации нецелесообразно.

Условия выбора донора спермы: возраст донора не старше 36 лет; нет наследственных заболеваний (нарушений развития); отсутствие у родственников первой степени родства более одного случая потери плода (мертворождение, неонатальная смертность), а также трех и более спонтан-

ных аборт; наличие благоприятных данных полного клинического обследования, фенотипических характеристик; отсутствие претензий в дальнейшем по розыску своих биологических потомков.

4.4. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ С ПЕРЕНОСОМ ЭМБРИОНОВ В МАТКУ МАТЕРИ (ЭО — ПЭ)

Различают абсолютные и относительные показания к ЭО — ПЭ. Абсолютным является трубное бесплодие вследствие непроходимости или отсутствия маточных труб; относительными служат: предшествующие пластические операции на трубах (возраст женщины менее 30 лет, интервал времени после операции не более 1 года); безуспешный сальпинголизис (овариолизис) у женщин старше 35 лет; некоторые формы эндометриоза; бесплодие неясного генеза; мужское бесплодие; иммунологическое бесплодие у женщин с постоянно высоким титром антиспермальных антител в течение 1 года.

Противопоказания к ЭО — ПЭ: возраст женщины старше 40 лет; наличие мужского бесплодия с выраженным патоспермолизом; гипоспадия; врожденные пороки сердца; психические заболевания (шизофрения, аффективный психоз); множественный склероз; наличие в семье детей с аутомсомно-рецессивными заболеваниями; доминантно наследуемые болезни.

Этапы программы ЭО — ПЭ включают: 1) отбор пациенток (см. показания); 2) контроль созревания фолликулов (трансвагинальную эхографию, исследование 17 β-эстрадиола крови); 3) получение ооцитов; 4) предынкубацию, оплодотворение *in vitro*, культивирование, криоконсервацию; 5) эмбриотрансплантацию; 6) контроль развития беременности. В современных условиях используют ооциты как в естественном нестимулированном цикле, так и при применении контролируемой гиперстимуляции яичников (стимуляция суперовуляции).

Схемы стимуляции суперовуляции при ЭО—ПЭ. Фармакотерапия. 1. В нестимулированных циклах и при невозможности определения пика ЛГ для дозревания фолликула вводят в/м человеческий хориогонин от 3000 до 10 000 ЕД (размер фолликула при УЗИ 18 мм в диаметре). 2. *Кломифена цитрат* назначают с 5-го дня менструального цикла в течение 5 дн. в дозе 50 мг/сут. При отсутствии эффекта суточную дозу увеличивают до 100—150 мг/сут. Не рекомендуют применять при низкой эстрогенной на-

сыщенности, избытке массы тела, гипертензии, гиперво-
лемии, отечности, низкой толерантности к глюкозе как
первый этап лечения. 3. *Тамоксифен* (зитазониум) наибо-
лее показан при бесплодии с НЛФ. Препарат назначают
в дозе 10 мг/сут. в течение 5 дн. При отсутствии положи-
тельного результата дозу увеличивают до 20—40 мг/сут.
4. *Хориогонин* является препаратом выбора при исходно
низком уровне эстрогенов и НЛФ. С этой целью ХГ вводят
в/м на 5, 7, 9-й дни цикла по 750 ЕД, на 11, 13, 15-й дни
цикла — по 1500 ЕД, на 17, 19, 21-й дни — по 750 ЕД. При
высокой или умеренной эстрогенной насыщенности ХГ
назначают по 1500 ЕД с 11-го по 15-й дни цикла или
однократно в дозе 6000—7500 — 10 000 ЕД в преовулятор-
ный период. 5. *Сигетин* показан оперированным женщи-
нам с болезнью поликистозных яичников с целью реаби-
литации менструальной и репродуктивной функции. Пре-
парат используют в дозе 100 мг/сут. с 5-го по 9-й день
цикла. При отсутствии эффекта дозу увеличивают до
200—300 мг/сут. 6. *Хумегон* (прегнил) — вводят по 2
ампулы, начиная с 3-го дня цикла, с определением эстра-
диола крови, цервикального числа, УЗИ. При достижении
фолликулом диаметра 18 мм и более вводят ХГ (идентично
п. 1). 7. *Люлиберин* назначают однократно в/в в дозе 100
мг накануне предполагаемой овуляции. 8. *Человеческий*
менопаузальный гонадотропин вводят в/м с 6-го по 10-й
день менструального цикла по 75 ЕД или через день (6, 8,
10-й дни) — по 150 ЕД — для индукции и дополнительного
роста нескольких фолликулов. С 3-го по 7-й день вклю-
чительно возможна доза по 2 ампулы через день. 9. *Пар-*
лодел — для индукции овуляции при нормопролактинемии
используют по схеме: 1,25 мг (1/2 табл.) 2 раза в день в
течение первой недели, со второй недели — по 2,5 мг (1
табл.) 2 раза в день, сохраняя дозировку в дальнейшем. На
21-й день от начала лечения оценивают содержание эст-
рогенов, прогестерона в крови и по ТФД. При отсутствии
овуляции дозу увеличивают до 5 мг 2 раза в день, а в
дальнейшем — ступенчато, используя эмпирический под-
ход до тех пор, пока не наступит овуляция и беременность
(но не более 40 мг/сут.). 10. *Сочетанные методы*: кло-
мифена цитрат — по 50—100 мг/сут. с 3-го или 5-го дня
цикла в течение 5 дн. в зависимости от длительности
менструального цикла. При достижении размеров доми-
нантного фолликула диаметром 17—18 мм в/м вводят
10000 ЕД хориогонина в 22⁰⁰. Через 35—36 ч производят
аспирацию ооцитов (ультразвуковая пункция, лапароско-
пия); кломифена цитрат — по 100 мг/сут. с 3-го по 7-й
день и по 3 ампулы хумегона на 6, 8, 10-й дни цикла. При

возникновении доминантного фолликула диаметром 18 мм и более и уровне эстрадиола (E_2) 300—400 пг/мл на один растущий фолликул вводят в/м 1000 ЕД ХГ. Сочетанные методы обладают большей эффективностью из-за потенцирования действия друг другом.

Немедикаментозное лечение (см. ДМК). Наиболее часто применяют комбинированные методы фармакотерапии с электростимуляцией шейки матки, ИРТ, лазерпунктурой.

Методика проведения ЭО — ПЭ стандартная для всех бесплодных пар, различие только в схеме стимуляции суперовуляции. Аспирацию ооцитов осуществляют влажным доступом под трансвагинальным УЗ-мониторингом. Из полученных аспириатов извлекают ооциты, оценивают их качество и культивируют в специальных средах. Инсеминацию ооцитов проводят через 6 ч после их аспирации сперматозоидами мужа, приготовленными методом *swim up*, из расчета 50—100 тыс. подвижных клеток на ооцит. При наступлении оплодотворения и последующего дробления эмбрионов *in vitro* последние с помощью катетера Фридмана, спустя 40—48 ч после инсеминации, переносят в матку матери. Для обеспечения адекватной функции желтого тела в день пересадки эмбриона и через 4 дня после этого больной вводят дополнительно по 5000 ЕД хориогонического гонадотропина. Через 12 сут. после пересадки иммунофлюоресцентным методом определяют концентрацию β -субъединиц этого гормона; уровень в пределах от 64,5 до 256 ЕД/л расценивают как наступление беременности.

5

ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

5.1. ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ

Это беременность, при которой оплодотворенное яйцо имплантируется вне полости матки. Цель лечения — удаление эктопически расположенного плодovместилища, остановка кровотечения, возмещение кровопотери, борьба с геморрагическим шоком.

Фармакотерапия. Не занимает основного места в лечении внематочной беременности. Включает консервативные нехирургические методы лечения и восполнения кровопотери (ИТТ).

Консервативное нехирургическое лечение внематочной беременности. Основное условие выполнения — установление факта беременности (ХГ, УЗИ) в предельно ранние сроки. Основные препараты для фармакотерапии — метотрексат, хлористый калий, антагонист прогестерона RU-486, простагландин E₂. Их используют при уровне ХГ в крови менее 1500 мИИ/мл; диаметре трубного образования менее 3×3 см; локализации эктопической беременности в брюшной полости; интерстициальном отделе маточной трубы; целости маточной трубы (ненарушенная внематочная беременность), или в брюшной полости менее 100 мл крови. Хлористый калий инъецируют прямо в плодное яйцо, RU-486 назначают перорально — по 400—800 мг на протяжении 10 дней. Указанными препаратами наиболее целесообразно дополнять методы консервативной хирургии.

Восполнение кровопотери (ИТТ). Проводят по общим правилам борьбы с геморрагическим шоком.

Хирургическое лечение. Это основной метод лечения. В клинической практике широко используют консервативные методы, что диктуется необходимостью сохранения чадородной функции. Основное условие — локализация плодместилища в истмическом или ампулярном отделе маточной трубы.

Показания к пластическим операциям: 1) возраст женщины до 35 лет; отсутствие предшествующей патологии или давнего (не более 5 лет) воспалительного процесса внутренних гениталий; 2) срок беременности не более 6 нед.; отсутствие воспаления и стабильность гемодинамических показателей. Органосохраняющие операции при трубной беременности ограничиваются прежде всего техническими возможностями их выполнения. Последние зависят от размеров плодместилища, степени деформации труб, нарушений топографии органов малого таза, вызванных спаечным процессом. Операции технически выполнимы при стойких гемодинамических показателях больной, длине плодместилища 5—6 см, отсутствии спаек или выраженности спаечного процесса не более I—II степени, равновеликости диаметров концов трубы в соотношении не более 1:3. Характер органосохраняющих операций определяется местом имплантации плодного яйца, степенью повреждения трубы, ранее имевшимся повреждением. Различают следующие виды оперативных

вмешательств при внематочной беременности: резекцию пораженного участка маточной трубы с последующей сальпингонеостомией; иссечение пораженного участка с наложением истмико-истмического или истмико-ампулярного анастомоза; сальпинготомию с сальпингоррафией («трубное кесарево сечение»); сочетанные операции — пластику пораженной трубы и неостомию другой. При проведении органосохраняющих операций на маточных трубах используют специальный шовный материал, микрохирургическую и лазерную технику.

Противопоказания: значительные изменения анатомической структуры маточной трубы; образование гематомы или гематоцеле на месте «старой» трубной беременности; длина культи, остающейся после удаления плодместилища, не превышающая 5—6 см; тяжелое состояние, вызванное геморрагическим шоком.

Консервативное хирургическое лечение внематочной беременности. Выполняют во время лапароскопии и при лапаротомии. При лапароскопическом доступе необходимо: определить состояние трубы (наличие разрыва беременной трубы?), наличие спаек в области малого таза; оценить размеры и локализацию плодного яйца (больше или меньше 5 см в диаметре). Метод доступа в брюшную полость и методика операции на трубах зависят от ответов на выше поставленные вопросы.

Показания к лапароскопическому доступу: локализация плодного яйца в истмическом отделе (ампулярном) маточной трубы при условии сохранения ее целостности; размер плодного яйца не более 5 см в диаметре.

Противопоказание: разрыв беременной трубы. Основные виды наиболее распространенных методов хирургического лечения внематочной беременности, перечень условий для их выполнения представлены в табл. 50.

Табл. 50. Хирургические вмешательства при внематочной беременности, условия их выполнения

Наименование операции	
сальпинготомия, сальпингостомия	сегментарная резекция трубы, частичная сальпингэктомия

При сохранении целостности маточной трубы

Локализация плодного яйца в истмическом (ампулярном) отделе маточной трубы

При возможности проведения гемостаза электрохирургическим, лазерхирургическим методом

При разрыве маточной трубы и значительном повреждении (отсутствии) другой трубы

Локализация плодного яйца в истмическом или ампулярном отделе маточной трубы

Сальпингоэктомию при лапароскопии выполняют по методике *K. Semm*. Лапаротомия показана при невозможности проведения лапароскопии, значительном нарушении гемодинамики больной. Основные виды оперативных вмешательств, условия их проведения при лапаротомном доступе идентичны лапароскопическому. Все больные, перенесшие операции на маточных трубах по поводу внематочной беременности, нуждаются в контрацепции. Бесплодие более 6 мес. является показанием к повторной лапароскопии.

Реабилитация. Программа восстановительного лечения после эктопической беременности должна носить индивидуальный характер, соответствовать возрасту больной и характеру планирования ее семьи. Реабилитацию следует начинать в оптимальные сроки, т. е. в пределах первых 6 мес. с момента операции. Важны при этом раннее начало (до выписки больной из стационара) и дифференцированный подход к лечению. С 4—5-го дня после операции начинается неспецифическая терапия: общеукрепляющая, гемостимулирующая, десенсибилизирующая. Применяются аутогемотерапия в сочетании с препаратами кальция (5—10 инъекций), биостимуляторы, витамины (V_6 , V_{12} , C). С 5-го дня назначают УВЧ (5 сеансов), затем электрофорез (2 %-й р-р сульфата цинка) по брюшно-крестцовой методике ежедневно (до 15—25 процедур). С 11—13-го дня после операции АФТ проводят непосредственно перед гидротубацией. Последнюю можно начинать с 8—10-го дня после операции. Наличие субфебрильной температуры, кровянистых выделений из гениталий, эндометрита, кольпита, эндоцервицита, гнойного процесса в области придатков матки, а также других послеоперационных осложнений является противопоказанием для проведения манипуляции в раннем послеоперационном периоде. В состав лекарственной смеси для гидротубации входят: антибиотики, глюкокортикоиды, протеолитические ферменты (лидаза, коллалазин; лекозим, лизоцим). Растворителем служит 0,25 %-й р-р новокаина, 0,86 %-й р-р поваренной соли, 2 %-й р-р дикаина—4 мл. Лекарственную смесь вводят постепенно с интервалами 20—30 с. На протяжении первого курса лечения давление не должно превышать 100 мм рт. ст.; во втором и третьем курсе его можно увеличить до 120 мм рт. ст. Больная в течение 2 ч после процедуры должна соблюдать постельный режим.

Второй курс общего лечения целесообразно начинать через 1 мес. после операции. Этапная реабилитация после внематочной беременности представлена в табл. 51. Под-

Табл. 51. Этапное применение лечебных физических факторов в комплексной реабилитации больных после операции по поводу внематочной беременности

1	2	3
Этапы реабилитации, сроки их начала, место проведения, продолжительность	Особенности клинической ситуации	Средства и методы реабилитации
<p>Первый этап: через 5—6 сут. после операции, гинекологический стационар, 20—25 дн.</p>	<p>Отсутствие гнойного процесса в придатках матки, признаков инфицирования матки, нижних половых и мочевых путей, кровянистых выделений из гениталий. Температура не выше 37,2 °С; СОЭ не более 20 мм/ч; число лейкоцитов не более 10·10⁹ г/л</p>	<p>Комплекс: а) лекарственные гидротубажи (пенициллин) — 300 000 ЕД, канамицин — 0,5 г, лидокаин — 64—128 ЕД, гидрокортизон — 0,025—0,05 г) в 50 мл 0,5 %-го р-ра новокаина, в теплом виде, через день, 5—7 процедур; сочетанный электрофорез 1 %-го р-ра сульфата цинка и кислотного остатка солициклоновой кислоты (2 %-й р-р натрия солицилата) по 20—30 мин, до 15 процедур. Электрофорез предшествует гидротубажам (45—60 мин)</p>
<p>Второй этап: 7—8 дн. следующего менструального цикла, гинекологический стационар, 20 дн. Предпочтительно одновременное проведение гидротубажей и АФТ</p>	<p>Вне зависимости от гормональной функции яичников</p>	<p>Комбинация лечебных гидротубажей, 5—7 процедур с АФТ дифференцированной или нетрадиционные методы (ИРТ, ЛРТ, ГБО, нормобарическая гипоксентерапия)</p>
<p>не изменена</p>	<p>не изменена</p>	<p>Ультразвук в импульсном режиме на гипогастральную, надлонную и паховые области, до 15 процедур</p>
<p>гипофункция яичников</p>	<p>гипофункция яичников</p>	<p>Вибрационный массаж на нижние отделы передней брюшной стенки 8—15 мин, 12—15 процедур; циклическая лазерпунктура по фазам цикла ГНЛ или ИК-лазером; ИРТ</p>
<p>относительная гиперэстрогения</p>	<p>относительная гиперэстрогения</p>	<p>Электрофорез с 10 %-м р-ром йода по 30 мин на низ живота, до 15 процедур; ГНЛ по влагалищно-шейечной методике (8—9 процедур), или ЛРТ ГНЛ во 2-ю фазу, или ИК-лазер на низ живота или ТА</p>

1	2	3
<p>Третий этап проводят без перерыва после второго. Он включает:</p> <p>1-й курс (в домашних условиях), 30 дн.</p>		<p>Назначение ферментов (лидаза, лекозим, коллагелин, лизоцим, карлизим), спазмолитиков (папаверин, максиган), анальгетиков (парацетамол, индометацин, салицилаты). Например, свечи следующего состава: лидаза — 32 ЕД, натрия салицилат — 0,2 г, папаверина гидрохлорид — 0,04 г, масло какао — 1,5 г. Ректальные свечи вводят в течение 30 дн. Возможно использование официальных свечей «Цефекон»; использование биостимуляторов (экстракт алоэ и пеллоидоэтиллат) — по 1 мл п/к через день, 15 инъекций</p>
<p>2-й курс (в поликлинических условиях), 30 дн.</p>	<p>Вне зависимости от гормональной функции яичников</p>	<p>Сочетание дифференцированной АФТ с лекарственными гидротубажами, 5—7 процедур</p>
<p>3-й курс (в поликлинических условиях), на 5—6-й день менструального цикла, до 30—35 дн.</p>	<p>В зависимости от гормональной функции яичников</p>	<p>Сочетание лекарственных гидротубажий с АФТ</p>
	<p>не изменена, снижена</p> <p>относительная гиперэстрогения</p>	<p>Пелофофорез на гипотастральную, надлонную и обе паховые области (наложение грязи предшествует УЗ-терапии), затем гидротубажи</p> <p>Электрофорез йода (30 процедур), или при непереносимости йода — электрофорез гиалуронидазы (лидаза — 32 ЕД в буферном растворе с рН 5,4), или раствор лидазы (32 ЕД в 100 мл дистиллированной воды) — в прямую кишку в виде микроклизмы, до 30 процедур</p>

- Четвертый этап: через 4—6 нед. после окончания третьего; домашние условия, поликлиника до 30—35 дн.; или (лучше) санаторно-курортное лечение
- Вне зависимости от гормональной функции яичников
- В зависимости от функции яичников не изменена, снижена
- относительная гиперэстрогения
- Наличие экстрагенитальной патологии, показанной для данного лечения
- В зависимости от гормональной функции яичников
- В условиях курорта или местного санатория, 25 дн.
- В условиях санатория-профилактория, до 30 дн.
- Пятый этап: в домашних условиях, 3—4 мес.
- Сочетание естественных лечебных физических факторов (гелиотерапия, оксигенация, аэроионизация) с лечебной гимнастикой
- То же + искусственные аналоги природных лечебных физических факторов
- Лечебная грязь, озокерит (аппликации, влагалитные тампоны), через день по 15 процедур; сульфидные ванны, влагалитные орошения (10—12 сеансов); радоновые воды — общие ванны, влагалитные орошения (до 15 всего)
- Подбор лечебных факторов для терапии сопутствующего заболевания и для коррекции функции яичников в случае ее изменений
- Индивидуальный подбор; то же, что при отсутствии показаний к санаторно-курортному лечению экстрагенитальных заболеваний
- Контрацепция СПП (бифазные, трехфазные) в сочетании с естественными лечебными физическими факторами, ЛФК, лечебной гимнастикой

бор лекарственной смеси для гидротубаций определяется преобладанием спаечных или инфильтративных изменений в малом тазу (табл. 52).

Табл. 52. Состав лекарственной смеси для гидротубаций в зависимости от характера патологического процесса в малом тазу

Компонент смеси, методика введения	Патологический процесс	
	спаечный	инфильтративный
Ферменты	Липаза — 64 ЕД (кол-лализин — 1 ампула)	Химотрипсин — 10 мг, химопсин — 50 мг
Антигистаминный препарат	Супрастин (его ана-логи) — 1 мл	Супрастин — 1 мл
Глюкокорти-коиды	Гидрокортизон (его эквиваленты) — 25 мг	Гидрокортизон — 25 мг
Антибиотики	С учетом чувстви-тельности, разовая доза	То же
Антисептики	—	Димексид — 15 %-й р-р — 50 мл
Растворитель	Новокаин 0,25 %-й р-р — 50 мл	То же
Проводят под давлением, мм рт. ст.	120	Не выше 100
Противопо-казання	Температура тела — более 37,2°C; лейкоцитоз — 9,0—10,0·10 ⁹ г/л; СОЭ — более 20—25 мм/ч; III — IV степень чистоты влагалища; кровянистые выде-ления из половых путей	

5.2. ЭНДОМЕТРИОЗ

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

Показания к проведению лечения — клинически активный эндометриоз, отрицательно влияющий на состояние больных. Цель лечения — нормализация специфических функций женского организма в репродуктивном возрасте. Задачи лечения: 1) подавление клинически активного эндометриоза консервативным или хирургическим путем; 2) проведение целенаправленной реабилитации — устранение последствий (рубцово-спаечные процессы и психоневрологические реакции). Выделяют консервативный, хирургический и комбинированный методы терапии генитального эндометриоза.

При выборе метода лечения учитывают: возраст больной; желание женщины иметь детей; наличие и длительность бесплодия; локализацию и степень распространенности патологического процесса; выраженность клинических проявлений; наличие сопутствующих заболеваний; эффективность предшествующего лечения. Терапия ГЭ должна быть комплексной, дифференцированной и этапной. Современная стратегия лечения больных с ГЭ основана на следующих принципах: 1) оценка глубины и тяжести функциональных и структурных изменений, распространенности и выраженности эндометриального процесса; 2) патогенетически обоснованное комплексное консервативное (внутренний эндометриоз I—II степени, ретроцервикальный эндометриоз, малые формы ГЭ) и хирургическое лечение (распространенные формы с поражением смежных с гениталиями органов, сочетание ГЭ с опухолями женских половых органов, экстрагенитальной патологией; отсутствие положительной динамики после длительной консервативной терапии).

Консервативное лечение. Предусматривает проведение следующих мероприятий: социальной, биологической и трудовой реабилитации больных; регуляции функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, симпатoadrenalовой систем, щитовидной железы; подавления избыточных пролиферативных процессов в эндометрии и эндометриоидных очагах; лечения ДМК, ликвидации анемии; противовоспалительной и антидистрофической терапии (нормализации обменных процессов и гемодинамики малого таза); регулирования функции жизненно важных органов и систем; воздействия на иммунореактивность. Обязательными условиями успешного проведения консервативного лечения являются: исключение физической, умственной и эмоциональной перегрузок; пребывание на свежем воздухе и лечебная гимнастика; употребление высококалорийной пищи с ограничением острых и пряных блюд. Диета строится в зависимости от сопутствующей экстрагенитальной патологии. При сопутствующей миоме матки назначают овощные и фруктовые соки (морковный, сливовый, свекольный); при миоме матки с гиперэстрогенией, сопутствующей гиперсекрецией желудка показан картофельный сок (по 100 мл 1 раз в день на протяжении 3—6 мес.). Непременным условием является регуляция функции кишечника.

Фармакотерапия. Седативное лечение. Вопрос о назначении седативных и транквилизирующих препаратов решается с учетом психических и характерологических особенностей больной. В этом процессе должен принять

активное участие психоневролог. При его отсутствии психотерапия (начальный и обязательный этапы лечения) подкрепляется назначением растительных седативных средств и малых транквилизаторов (терален, неулептил, френолон, тазепам и др.).

Витамины и общеукрепляющие средства: витамин А (ретинола ацетат) назначают по 6000 ЕД 1 раз в день во второй половине менструального цикла в течение 3—4 мес.; витамин В₁ используют в виде 5 %-го р-ра по 1 мл в/м ежедневно в первой половине менструального цикла, на протяжении 3 мес.; витамин В₆ — по 2 мг 2 раза в день внутрь (при внутреннем применении) или по 1 мл 5 %-го р-ра в/м в первой половине менструального цикла также в течение 3 мес.; витамин С — по 250 мг внутрь 2 раза в день, параллельно витамину А, на протяжении 4—5 мес.; витамин К (викасол) — по 0,015 г внутрь 2 раза в день в первые 2 дня менструального цикла в течение 4—5 мес.; витамин Е — по 100 мг/сут. внутрь на протяжении 3 менструальных циклов.

Воздействие на иммунную систему. Показания: распространенные формы эндометриоза и эндометриоз с полноценным двухфазным менструальным циклом. Широко используют спленин — по 2 мл в/м в течение 20 дн., курс повторяют через 10—12 мес. Декарис назначают по двум схемам: 1) по 18—20 мг в день в течение трех дней (проводят 4 цикла с интервалом в 4 дня в период приема гормонов или в интервале между ними); 2) по 20 мг ежедневно в течение месяца (доза на курс — 200—240 мг). Сандоглобулин переливают внутривенно капельно по 100 мл в течение 2—3 сут. Тималин, Т-активин, этимизол применяют в среднетерапевтических дозах.

Аутосеротерапия. Аутосыворотку готовят в асептических условиях из крови больных, взятой в сроки с 6-го по 18-й день менструального цикла. Кровь (20—25 мл) помещают на 30 мин в термостат (температура 37 °С), затем на 30 мин в холодильник (температура + 4 °С) с последующим центрифугированием (5 мин, 1000 об/мин). Сыворотку отсасывают, запаивают по 0,5 мл в стерильные ампулы, хранят в замороженном виде не более 15 дн. Вводят больным по 0,5 мл внутрикожно в 3—4 точки бедра, предплечья на протяжении 15—20 дн. Курс лечения повторяют по показаниям. Для иммунокоррекции используют немедикаментозные средства: ГБО, ВЛОК, УФОК.

Рассасывающая противовоспалительная терапия. Включает использование следующих воздействий: биогенных стимуляторов (пелоидин, спленин, солкосерил, актовегин, взвесь плаценты); ферментов (ронидаза, лидаза,

трипсин, карипазим); антиоксидантных средств (этимизол, унитиол, тиосульфат натрия в сочетании с аскорбиновой кислотой, витамином Е); ингибиторов простагландинов (индометацин, метиндол, напроксен, норитис); спазмолитиков (для улучшения гемодинамики малого таза); антибактериальных средств (бисептол, трихопол, метронидазол).

Антиаллергическая терапия. Назначают антигистаминные препараты в общепринятых дозах. Используют комплекс мер, направленных на профилактику аллергических и псевдоаллергических реакций на этапе обследования и лечения больных с эндометриозом.

I. При проведении плановой консервативной терапии: 1) тщательное изучение аллергологического анамнеза у больной, специальные диагностические пробы; 2) при появлении в процессе лечения признаков повышенной чувствительности местного и общего характера — отмена «виновного» препарата и назначение десенсибилизирующего лечения; 3) больные обязаны указать имеющуюся у них непереносимость определенных медикаментов (делается пометка в истории болезни).

II. Профилактика аллергических и псевдоаллергических реакций у больных с поливалентной аллергией к медикаментам на этапе обследования и лечения: 1) снижение степени сенсибилизации организма путем санации очагов хронической инфекции, устранения дисбактериоза, кандидоза, коррекции заболеваний внутренних органов и назначения гипоаллергенной диеты; 2) ГБО организма — 15 сеансов по 45—60 мин, 1,5 атм; гемосорбция — 2—3 сеанса перед оперативным вмешательством (удаление циркулирующих иммунных комплексов); 3) воздействие на возможные патогенетические звенья аллергических реакций после изучения аллергологического анамнеза: А. Влияние на ЦНС: назначают снотворные средства (люминал, радедорм, амитал натрия); транквилизаторы (мебикар, терален, сибазон); антидепрессанты (азафен, триптизол, мелипрамин). Б. Подавление аллергической реакции: используют преднизолон — по 30—50 мг/сут. (дексазон — по 6—10 мг/сут.) внутрь в течение 2 сут.; за 12—18 ч до применения рентгеноконтрастных веществ (РКВ) назначают перорально 50 мг преднизолона или 10 мг дексазона. В. Ограничение высвобождения гистамина: за 2 сут. до проведения общей анестезии назначают фенкарол (супрастин, перитол, диазолин, тавегил, кетотифен) — по 1 табл. 3 раза в день; за 1 ч до применения РКВ вводят в/м один из антигистаминных препаратов. Г. Инактивация комплемента: перорально по

100 мл 5 %-го р-ра ЭАКК в течение 2 сут. до операции или рентгенологического исследования. Д. За 15 мин до начала общей анестезии всем больным вводят в/в 100 мг гидрокортизона или 60 мг преднизолона и 100 мл ЭАКК, 2,0 мл антигистаминного препарата в/м. Е. Во время операции для релаксации применяют ардуан; 4) контроль за водно-электролитным балансом, устранение гиповолемии; 5) строгий индивидуальный отбор для гемотрансфузии (индивидуальный подбор крови, трансфузия отмытых эритроцитов); 6) в послеоперационный период — ГБО, в течение 3—5 дн. антигистаминные препараты, кортикостероиды, по показаниям — гемосорбцию.

Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени, поддержание функции печени. Проводят совместно с терапевтом, гастроэнтерологом, гепатологом. Для поддержания функции печени назначают легалон, ливамин, ЛИВ-52, липостабил, эссенциале-форте, карсил, циквалон, церукал в сочетании с желчегонными препаратами, диету, липотрофы, фитотерапию, оксафенамид, тьюбажи с сорбитом и др. Для поддержания функции поджелудочной железы используют панкреатин, меркензим, фестал, панзинорм.

Терапию обострения эндометриоза и сопутствующих экстрагенитальных заболеваний осуществляют в стационаре. Совместно со смежными специалистами обычно решают вопрос о начале гормональной терапии, выборе препарата, рациональной схеме лечения и необходимой терапии — прикрытия.

Гормональная терапия. После окончания обследования, уточнения диагноза и исключения злокачественной опухоли больную переводят на длительное гормональное лечение. В практической работе врачу важно учитывать: возраст больной; наличие (отсутствие) сопутствующей экстрагенитальной патологии, ее характер; наличие (отсутствие) сопутствующей патологии шейки матки и придатков матки, ее характер (опухоли, воспалительные инфильтраты); необходимость или отсутствие таковой в восстановлении генеративной функции; состояние эндометрия (наличие гиперплазии, степень ее выраженности); показатели тестов функциональной диагностики; наличие противопоказаний к гормонам вообще и к какому-либо в частности. Для гормональной терапии эндометриоза применяют гестагены, СПП, андрогены, антигонадотропины, индукторы овуляции, анаболики.

Гестагены (норколут, ацетомепрогенол, 17-ОПК). Показаны при клинических признаках начальной стадии внутреннего эндометриоза с НЛФ у больных в молодом

возрасте, рецидивирующих гиперплазиях эндометрия и аденомиозе. Норколут (ацетомепрогенол) применяют в трех режимах: 1) во вторую фазу менструального цикла — по 1—2 табл. в течение 8—10 дн. прерывистыми курсами (3 мес. — прием препарата, 2—3 мес. — перерыв) в течение 18—24 мес.; 2) при отсутствии эффекта — по 1—2 табл. внутрь с 5-го по 25-й день менструального цикла, курс лечения не менее 6 циклов (иногда до 12 циклов и более); 3) при распространенности процесса и недостаточном эффекте гестагены назначают в непрерывном режиме до 6—9 мес.

Дозу препарата увеличивают накануне и во время месячных на 1/2 табл. в день до 2—2,5—3 табл. в день, а затем идентично постепенно снижают дозу до 1 табл. в день. По мере достижения положительных результатов (прекращение болей, меноррагий, уменьшение очагов эндометриоза) дозу постепенно снижают (прерывистые курсы — 2-й режим). 17-ОПК назначают или самостоятельно, или при отсутствии эффекта от перорального приема гестагенов в виде 12,5 %-го р-ра по 2 мл (250 мг) на 16-й (при 24-дневном цикле) или на 18-й (при 28-дневном цикле) день менструального цикла. При анемизации больной и выраженном болевом синдроме целесообразно введение в/м 250 мг 17-ОПК 2 раза (на 15-й и 20-й дни цикла или 16—17-й и 21—22-й дни — в зависимости от его продолжительности). При недостаточном эффекте от добавления 17-ОПК в программу лечения в первый день очередной менструации используют андрогены пролонгированного действия (тестенат — 100 мг, 1 мл сустанона-250, омнадрена) или анаболические стероиды — ретаболил (нероболл) по 50 мг в 1-й и 10-й дни менструального цикла, или комбинируют с антиэстрогенами — тамоксифен (зитазониум) по 10—20 мг/сут. в течение 10 дн. с периодическим его повторением. В дальнейшем, по достижении положительных результатов, интенсивность лечения гестагенами снижают, подбирая более щадящие режимы. При наличии доступных очагов эндометриоза гестагены (0,5—1 %-й р-р прогестерона) вводят во второй фазе менструального цикла в эндометриоидные кисты, очаги наружного эндометриоза и окружающие ткани (в 3—4 точки). Для этого берут 1—2 мл раствора прогестерона и вводят через 2 дня до 3—4 раз; всего проводят три курса (месяца) лечения.

Синтетические прогестины (СПП). Наиболее приемлемы препараты с высоким содержанием гестагенного компонента (ановлар, ригевидон, бисекурин и др.). Необходима индивидуализация режима их применения.

Показания: 1) возраст до 45 лет; 2) необходимость сохранения и регуляции менструального цикла; 3) сочетание аденомиоза с ДМК, гиперпластическим процессом эндометрия; 4) отсутствие сочетания аденомиоза с разными экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к СПП. Назначение пациенткам СПП преследует цель восстановления репродуктивной функции.

СПП назначают по контрацептивной схеме на протяжении трех менструальных циклов. Всего проводят 3—4—5 циклов терапии с одно-, двухмесячными перерывами, во время которых контролируют функцию печени, гемокоагуляцию, состояние эндометрия. Если после трехмесячного лечения СПП сохраняется гиперпластический процесс эндометрия, необходимо отказаться от использования в СПП эстрогенного компонента. При длительном приеме СПП (более 12 мес.) у молодых пациенток возможно развитие атрофии эндометрия, кроме того препарат способствует возникновению гиперкоагуляции (данные гемостазиограммы). Залогом безопасности на фоне лечения СПП и гиперкоагуляции является усиление фибринолитической активности. В перерывах между лечением СПП больная (с ранее имевшимся заболеванием печени) должна принимать желчегонные препараты, а во время приема гормонов — отвары трав (кукурузные рыльца, зверобой, бессмертник) и желчегонно-маточный настой (зверобой — 4 ст. ложки, цикорий — 3 ст. ложки, бессмертник, крапива майская, сушеница болотная — по 4 ст. ложки). Для приготовления настоя 4 ст. ложки смеси (сбора) заливают 500 мл кипятка, настаивают в течение 12 ч и употребляют по 1/2 стакана после еды 2—3 раза в день. Одновременно периодически назначают калия оротат — по 0,5 г 3 раза в день в течение 20 дн. При хроническом гастрите с повышенной секрецией, язвенной болезни применяют метилурацил — по 0,5 г 3—4 раза в день, витамин U — по 0,1 г 3—4 раза в день после еды, альмагель, фосфалугель, облепиховое масло. При прорывных кровотечениях прием СПП не отменяют, а увеличивают дозу до 4—6 табл. и далее ежедневно уменьшают их количество до одной. Если же кровянистые выделения появляются вновь, 21-дневный цикл лечения необходимо закончить на такой дозе, которая обеспечивает гемостаз.

Основные средства защиты организма от побочных эффектов СПП: назначают спазмолитики, мочегонные, витамины, курантил, гепатопротекторы, непрямые антикоагулянты, ангиопротекторы; осторожно, во избежание роста миомы матки, проводят лечение аденомиоза (УЗИ-

контроль обязателен); отказываются от использования СПП при мастопатии. При повышенном уровне тиреотропного гормона, тироксина для повышения эффективности лечения СПП назначают анаприлин (обзидан).

Гестагены и андрогены. Показания: 1) наличие противопоказаний к применению СПП у молодых женщин; 2) внутренний эндометриоз матки у пациенток старше 45 лет (высокая частота сопутствующей экстрагенитальной патологии); 3) сочетание внутреннего эндометриоза и миомы матки. Таким образом, круг больных, подлежащих данному виду гормонального лечения, значительно шире.

Курс лечения начинают с внутримышечного введения 5 %-го р-ра тестостерона пропионата — по 1 мл через каждые 2 дня с 5-го дня после менструального кровотечения или со 2-го дня после выскабливания матки; всего 10—12 инъекций. На 13—14-й и 18—19-й дни следующего после андрогенотерапии менструального цикла вводят в/м 2 мл 12,5 %-го р-ра 17-ОПК в смеси с 1 мл 5 %-го р-ра тестостерона пропионата; всего 6—8 циклов. После двухмесячного перерыва лечение повторяют в зависимости от клиники заболевания, эффективности терапии, выраженности побочных явлений (признаки вирилизации). При появлении кровянистых выделений сразу после первой инъекции смеси гормонов инъекцию можно сместить на 16—17-й дни цикла, а вторую инъекцию сделать на 19—20-й дни. Варьируя дозами, интервалами между введениями, устанавливают устойчивый, нормальный менструальный цикл. Если после окончания введения андрогенов в течение 2 нед. менструация не наступает, ее можно вызвать одно-, двукратной инъекцией 17-ОПК (с недельным интервалом), а затем продолжить циклическую терапию. В возрасте старше 45 лет не следует стремиться к восстановлению менструальной функции при искусственной аменорее. В таких случаях проводят курс лечения 17-ОПК еженедельными инъекциями в течение 20 нед., после чего делают перерыв. При сохраненном ритме менструации, однофазных циклах, особенно на фоне гиперэстрогении у женщин старше 45 лет, можно провести лечение тестенатом — по 1 мл 10 %-го р-ра в/м на 14—17-й дни цикла в течение 6 мес. В возрасте старше 48 лет необходимо с самого начала подавление менструальной функции, поэтому после диагностического выскабливания андрогенотерапия может быть продлена до двух месяцев, а курсовая доза тестостерона пропионата увеличена до 1000—1200 мг. Затем используют андрогены продленного действия.

Тестостат вводят в виде 10 %-го р-ра по 1 мл в/м один раз в месяц (или сустанон-250, омнадрен). Курс лечения длится 3—4 мес., из-за неизбежной вирилизации показан 2—3-месячный перерыв. Кольпоцитологический контроль лечения строго обязателен, недопустимо появление атрофического влагалищного мазка у женщин моложе 45 лет, должны преобладать клетки промежуточного типа, появление же клеток базального слоя требует снижения дозы андрогенов. При отсутствии 17-ОПК вместо него используют прогестерон — в/м в дозе 25—50 мг/сут. через день, 3—4 раза во вторую фазу менструального цикла с постепенным снижением дозы с таким расчетом, чтобы закончить введение прогестерона за 1—2 дня до очередных месячных.

Даназол (данол, дановал), *гестринон* — производные тестостерона, относятся к антигонадотропинам и оказывают тормозящее влияние на все звенья ГГЯС по выключению цикличности. После отмены препаратов цикличность восстанавливается в течение первого месяца (цикла) по типу ребаунд-эффекта.

Даназол назначают внутрь в дозах от 200 до 800 мг/сут. (по показаниям увеличивают или уменьшают); при лечении бесплодия — 400 мг в день в течение 180 дн. без перерыва (в постоянном режиме). В течение последующих 12 мес. наблюдают эффект от лечения. Наиболее показан даназол для лечения легких степеней процесса и малых форм эндометриоза. При терапии тяжелых форм эндометриоза в отсутствии желанной беременности препарат принимают в дозе не более 800 мг/сут. до 36 мес. Его назначают также в ходе предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде для повышения эффективности лечения и снижения частоты рецидивов заболевания. Способен вызывать маскулинизацию у плода.

Гестринон обладает более выраженным антигонадотропным эффектом, побочный андрогеновый эффект у него менее выражен. Он также тормозит секрецию ЛГ-РГ и гонадотропинов, секрецию гормонов в яичниках, прямо связан с андрогеновыми и прогестероновыми рецепторами в эндометрии. Гестринон назначают при эндометриозе и бесплодии — по 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 мес.

Восстановление фертильности. 1. При внутреннем эндометриозе матки для этой цели применяют обьгный прогестерон. Первые 2—3 менструальных цикла его желательно чередовать с инъекциями гифотоцина (начинают с 13-го дня и заканчивают 26-м днем цикла — по 1 мл 2,5 %-го р-ра в/м). Такая методика обеспечивает способ-

разный медикаментозный массаж матки и опорожнение эндометриoidных очагов. В последующие 3—4 цикла ежедневно вводят прогестерон (всего 10 инъекций), а на 13—15—17-й дни в/м дополнительно вводят ХГ соответственно 2000—5000—7500 ЕД для стимуляции овуляции.

2. Индукция овуляции нестероидными антиэстрогенами (кломифена цитрат и аналоги). При эндометриозе необходим дифференцированный подход к индукции овуляции с учетом структурно-функционального состояния преовуляторного фолликула и эндометрия (по данным УЗИ, ТФД). Доза — 50—100 мг/сут. в течение 5 дн. с 5-го дня цикла. Если в первом цикле лечения преовуляторный фолликул оказался менее 1,8 см, дозу увеличивают. При поздней овуляции, когда вторая фаза короткая (менее 10 дн.), прием препарата начинают со 2-го дня менструального цикла. При короткой фазе гипертермии и базальной температуре не выше 37 °С в преовуляторный период (появление двойного контура фолликула, размер его менее 1,8 см) — дополнительно назначают 7500 ЕД хориогонина или профази — ЛГ в/м однократно (в отдельных случаях его вводят на 6—9-е сут. по 1500 ЕД). При недостаточном выраженном изменении эндометрия (по данным УЗИ) дополнительно через 3 дня после овуляции назначают прогестерон — по 1 мл 2,5 %-го р-ра в/м в течение 7 дн. Вместо кломифена возможно использование тамоксифена (зитазониума) при недостаточности лютеиновой фазы цикла (НЛФ) на фоне высокой (умеренной) эстрогенной стимуляции. При поздней овуляции прием начинают со 2-го дня цикла — по 10 мг/сут. в течение 6 дн., а при овуляции, соответствующей середине цикла, — с 5-го дня. При отсутствии эффекта дозу увеличивают до 30 мг/сут. или дополнительно назначают ХГ — по 6000 ЕД в/м в преовуляторный период; при НЛФ с низкой (умеренной) эстрогенной стимуляцией — по 1500 ЕД в/м с 10-го по 15-й день.

Смену гормональных препаратов проводят в такой последовательности: 1) СПП — норколут — 17-ОПК — 17-ОПК + андрогены; 2) норколут — 17-ОПК — 17-ОПК + андрогены; 3) 17-ОПК — 17-ОПК + андрогены. При длительной гормональной терапии (наличие патологии экто-, эндоцервикса) необходим систематический контроль шейки матки (онкоцитология, кольпо-, цервикоскопия). Методом выбора для лечения данной патологии у таких больных является лазер- и криохирургия.

Симптоматическое лечение. Направлено на устранение отдельных симптомов сопутствующей патологии, повышенной кровопотери. При гиперполименорее

назначают следующее лечение: фитотерапию (проводят дифференцированно до и во время менструации); утеротоник после месячных, или со 2-го дня цикла (при обильных кровотечениях) показан гифотоцин в/м по 1 мл ежедневно в течение 8—10 дн.; после прекращения обильных кровей чередуют введение гифотоцина со спазмолитиками (для опорожнения эндометриальных ходов и полостей от крови).

Отказ от консервативного лечения эндометриоза возможен при: упорных случаях синдрома альгогиперполименореи после отмены гормональной терапии; росте сопутствующей миомы матки после длительного спокойного периода; ухудшении течения экстрагенитального сопутствующего заболевания; полном прекращении положительного действия гормонов даже при их смене. Проведение гормональной терапии накануне операции улучшает ее результаты, облегчает технику выполнения.

Немедикаментозное лечение. *Фитотерапия* (с целью уменьшения менструальной кровопотери и для лечения сопутствующих экстрагенитальных заболеваний).
Сбор 1. Пастушьей сумки трава — 1, горца птичьего трава — 1, омелы белой трава — 1; 1 ст. ложку смеси заливают 200 мл воды, кипятят 5 мин, принимают по 200 мл отвара утром и вечером, начиная с 3-го дня менструации.
Сбор 2. Лагохилуса лист — 2, пастушьей сумки трава — 2, лапчатки корень — 1, крапивы лист — 2, тысячелистника трава — 1; 2 ст. ложки смеси заливают 500 мл кипятка, принимают по 100 мл настоя 3 раза в день до прекращения кровотечения.
Сбор 3. Кукурузные рыльца — 1, чистотела трава — 1, зверобоя трава — 1, бессмертника корзинки — 1; 3 ст. ложки смеси заливают 600 мл кипятка, принимают по 200 мл отвара 3 раза в день для улучшения функции гепатобилиарной системы.
Сбор 4. Бессмертника корзинки — 1, кукурузные рыльца — 1, ромашки цветки — 1, одуванчика корень — 1, фенхеля плоды — 1, полыни горькой трава — 1, календулы цветки — 1, мяты перечной трава — 1, пижмы цветки — 1, чистотела трава — 1; 2 ст. ложки смеси заливают 500 мл кипятка, настаивают до охлаждения, принимают по 100 мл настоя 3 раза в день.
Сбор 5. Кора крушины, ежевики лист, березы лист, мяты перечной лист, тысячелистника трава, валерианы корень — по 1,0; 1 ст. ложку смеси заливают 200 мл кипятка, остужают, процеживают, принимают глотками в течение дня. Курс лечения при болезненных нерегулярных месячных 3—4 мес.
Сбор 6. Горца птичьего трава — 1, золототысячника трава — 3, хвоща полевого трава — 1, лапчатки гусиной трава — 5; 1 ст. ложку смеси заливают 200 мл кипятка,

принимают небольшими глотками в течение дня при альгодисменорее.

Аппаратная физиотерапия. Используют лекарственный электрофорез СМТ с йод-цинком на низ живота, 15—20 процедур; электрофорез пелоидина, гумизоля, магнезия сульфата, ферментов, тиосульфата натрия (3 %-й раствор — 50 мл микроклизма), 20—30 процедур; фонофорез с баралгином (максиганом) или биокартаном по прописи: эмульсия гидрокортизона — 20,0 г, анальгин 50 %-й — 25,0 г, экстракт алоэ — 40,0 г, ланолин — 80,0 г, вазелиновое масло — 10,0 г (15 процедур ежедневно); постоянное магнитное поле (ПМП) — создают с помощью магнитов напряженностью 250 Э с абдоминальным и сакральным расположением пластин при экспозиции 6—12 ч в течение 3—4 нед.; переменное магнитное поле (ПеМП), в течение первых двух сеансов I и II дозы, равные 10—18 мТл, длительность процедуры — 10—15 мин, с 3-й процедуры используют III дозу — около 25 мТл. Курс лечения — 10 сеансов.

Лечение радоновыми водами. Используют в виде общих ванн, гинекологических орошений и микроклизм. Температура воды для всех процедур — 36 °С. Продолжительность первых двух ванн — 10 мин, последующих — 15 мин; на курс лечения — 12—14 ванн (в неделю 3—4 ванны). Микроклизмы выполняют капельным методом — по 200—250 мл на сеанс. Концентрация радона — 36—40 (легкие формы) и 180—200 нКи/л (распространенные формы). Экспозиция при влагалитических орошениях — 15 мин, температура воды — 37 °С. В последние годы в связи с изменением экологических условий и вредным влиянием на организм больших концентраций радона к его использованию необходимо подходить более осторожно.

Немедикаментозная иммунокоррекция. Гипербарическая оксигенация (ГБО) — показана при лечении распространенных форм эндометриоза для улучшения микроциркуляции и кровоснабжения органов малого таза и прилежащего кишечника; на курс 15—20 сеансов. УФОК проводят аппаратом «Изольда» из расчета 1 мл крови (1-й сеанс) и затем 1,5—2 мл/кг массы тела больной. Всего — 3—5 сеансов. Курс лечения повторяют через 2—3 мес., а при затяжной реконвалесценции — уже в послеоперационном периоде. ВЛОК — показано во всех случаях имеющегося иммунодефицита, сопутствующего эндометриозу. Методика общепринятая, как при системных заболеваниях с иммунодефицитом.

Терапия минеральными водами. Осуществляют в условиях курорта (питьевой режим сероводородных и углекислых

вод). Особенно эффективна при соблюдении рациональной диеты, фитотерапии, тюбажей с сорбитом 2 раза в неделю. Используют также кислородные или кислородно-травяные коктейли.

Рефлексотерапия. Показания: 1) начальные и распространенные формы эндометриоза в репродуктивном возрасте, подлежащие консервативной терапии; 2) аллергические реакции, нейровегетативные и другие нарушения, затрудняющие проведение полноценной традиционной консервативной терапии; 3) реабилитационная терапия больных эндометриозом.

Выделяют следующие этапы РТ генитального эндометриоза:

первый этап проводят в условиях стационара или поликлиники на фоне полного специального клинического обследования в случаях клинически манифестированного течения генитального эндометриоза;

второй этап (противорецидивная РТ) — выполняют в амбулаторных условиях 1—2 раза в год при наличии отдельных клинических проявлений заболевания. При составлении плана лечения учитывают три главных фактора — время, место и метод воздействия.

Время воздействия. Применение РТ патогенетически обосновано в перименструальном периоде, т. е. за 6—7 дн. до начала и в течение первых 6—7 дн. менструации, во время максимальных гормональных и иммунных нарушений, а также клинических проявлений эндометриоза. Корпоральную иглотерапию (КИТ) и аурикулопунктуру (АП) проводят ежедневно (10—14 сеансов на курс), поверхностную иглотерапию (ПИТ) и вакуумный баночный массаж (ВБМ) — по 3—4 раза за курс, чередуя друг с другом. ПИТ и ВБМ не рекомендуется назначать в первые 3—4 дня менструации.

Место воздействия: а) КИТ. Для лечения заболеваний половых органов необходимо знание сегментарно-метамерной иннервации области таза и промежности. При преимущественном поражении эндометриозом шейки матки ретроцервикальной области, крестцово-маточных связок чувствительные импульсы идут по волокнам парасимпатической нервной системы S_2 — S_4 сегментов с иррадиацией болей в крестец, ягодицы, прямую кишку и нижние конечности. Поэтому используют местно-сегментарные точки $V28$ — $V34$, $VB30$, $VC1$, $VC2$, а также по задненаружной поверхности голени и стоп ($E36$ — $E41$, $V58$ — $V67$, $VB34$ — $VB41$). При эндометриозе матки, брюшины широких маточных связок (чувствительные волокна проходят в составе нервов симпатической НС T_{10} — L_3

сегментов) с преимущественной локализацией болей в низу живота. При этом в основном используют ТА, расположенные в низу живота, пояснично-крестцовой области и по переднебрюшной поверхности ног (*E28—E30, RP4—RP13, V23—V27, V39—V40, R3—R12, VB27—VB28, F2—F12, VC3, VC4*). При поражении яичников и маточных труб чувствительные импульсы идут к верхнему брыжеечному сплетению и поступают в спинной мозг на уровне Th_{10} с локализацией болей в области пупка. Используют для КИТ точки по передней поверхности брюшной стенки и поясницы (*E24—E26, RP15, V22, V23, R15, R16, VB25, VB26, F13, VC7, VC9, VG4, VG5*). Кроме того, в рецептуру включают «общеукрепляющие» точки (*GI11, P7, MC6, I10, I11, TR5* и др.), «специфические» — оказывающие влияние на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему (*RP6, R6, VB20, VB41, VG14, VG20*), а также точки, воздействие на которые диктуется индивидуальными особенностями течения эндометриоза.

б) Аурикулопунктура (АП). В рецептуру включают точки, оказывающие адаптогенный, седативный, анальгезирующий, противовоспалительный эффекты, а также влияющие на нейроэндокринную систему: *AT13, 22, 23, 28, 34, 51, 55*.

в) ПИТ и ВБМ — проводят в области спины по ходу обеих ветвей меридиана мочевого пузыря и заднего срединного меридиана, а также зон Захарьина—Геда половых органов; ПИТ также по ходу переднего срединного меридиана и в области грудины.

Метод воздействия. Патогенетически обосновано применение иглотерапии по 2—1—2-му варианту тормозного метода с усилением воздействия к началу менструации, так как это способствует выбросу опиоидных пептидов, обладающих анальгезирующим, антигипотензивным и иммуномодулирующим свойствами. ПИТ осуществляют в течение 2—3 мин по передней и 7—10 мин — по задней поверхности туловища с нанесением раздражения легкой и средней степени интенсивности. ВБМ выполняют по лабиальной методике в течение 5—10 мин с использованием медицинской банки после предварительной обработки кожи спины стерильным подсолнечным маслом. Контролем максимального отрицательного давления служит появление болевых ощущений и начальных признаков подкожных кровоизлияний в верхних отделах спины;

третий этап (рефлексопрофилактику) больная выполняет самостоятельно с использованием навыков, приобретенных в процессе курсов РТ: а) гигиенический самомассаж рекомендуемых точек (общего воздействия,

нормализующих функцию ГГЯС); б) сегментарный самомассаж рефлекторных зон — стоп, кистей, лица, головы, ушных раковин, спины, крестца; в) расширение диапазона физической активности (исключая менструальный период) — утренняя зарядка, ЛФК, бассейн, прогулки; г) рациональное трудоустройство, гигиена семейно-брачных отношений, отказ от вредных привычек, диета;

четвертый этап (реабилитацию репродуктивной функции) проводят (при необходимости) после значительного улучшения состояния больной или ремиссии заболевания. Лечение направлено на формирование двухфазного менструального цикла. Курсы РТ начинают в перiovуляторный период (с 7—8-го дня менструального цикла), используют возбуждающие методики воздействия на точки живота и переходный вариант воздействия на точки акупунктуры нижних конечностей, меридианов желудка, селезенки, почек и печени. После достижения овуляции курс прекращают, а при необходимости повторяют, если овуляция не наступила до 20-го дня цикла. Побочные явления при РТ эндометриоза не выявлены.

Противопоказания: 1) сочетание эндометриоза с гиперпластическими процессами эндометрия, особенно у женщин старше 45 лет; эндометриоидные кисты яичников более 5 см в диаметре, а также другие новообразования неясного характера; 3) сочетание эндометриоидного процесса с миомой матки, а также при диффузных и узловатых формах аденомиоза (относительное противопоказание).

Лазертерапия и лазерхирургия. Терапевтические лазеры (ГНЛ, ГКЛ, ИК-лазер, УФ-лазер) показаны в основном как средство реабилитации после хирургических вмешательств с целью снижения послеоперационных осложнений (при хирургическом лечении — СО₂-лазер).

Хирургическое лечение. Этот вид лечения при внутреннем эндометриозе матки является не конкурирующим, а взаимодополняющим методом в комплексной терапии больных (табл. 53). Между ними нет строгой границы. Начинают с консервативного лечения и за 2—3 мес. оценивают его эффективность. Критериями эффективности на первом этапе при внутреннем эндометриозе матки являются ликвидация анемии и цена этого достижения.

Тактика оперативного лечения при внутреннем эндометриозе заключается в следующем. Женщинам старше 40 лет при наличии неизмененной шейки матки проводят надвлагалищную ампутацию матки. При обнаружении патологии экто-, эндоцервикса, даже если она не является

облигатным предраком (рубцовые деформации, одиночные полипы, хронические эктопии, эндоцервикозы, метаплазии), и в особенности при эндометриозе перешейка показана экстирпация матки.

Табл. 53. Показания к хирургическому лечению при внутреннем эндометриозе

Показания	
абсолютные	относительные
<p>1. Внутренний эндометриоз (чистый) при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 6 мес. при нарастании тяжести процесса</p> <p>2. Сочетание внутреннего эндометриоза с опухолью придатков; быстрорастущей миомой матки; тяжелой эпителиальной дисплазией шейки матки; тяжелой экстрагенитальной патологией, допускающей возможность оперативного лечения; атипической гиперплазией эндометрия у женщин старше 40 лет</p>	<p>1. Наличие сопутствующей миомы матки, которая сама по себе не диктует необходимость операции</p> <p>2. Наличие экстрагенитальной патологии, допускающей определенные варианты гормональной терапии</p> <p>3. Сочетание внутреннего эндометриоза с атипической гиперплазией эндометрия у пациенток моложе 40 лет</p> <p>4. III степень распространенности эндометриоза</p>

Женщинам в возрасте до 40 лет включительно — операция наиболее шадящая. Расширение объема операции (экстирпация матки) допустимо только при наличии патологии шейки матки. При оперативном лечении всех больных (независимо от возраста) необходимо стремиться сохранить функцию яичников полностью или частично. Если у молодых женщин в виде исключения производят надвлагалищную ампутацию матки, но имеется поражение эндоцервикса, одновременно иссекают цервикальный канал или проводят электро-, криодеструкцию или лазерную вапоризацию со стороны брюшной полости.

Важные этапы лечения — адекватная предоперационная подготовка, рациональное ведение послеоперационного периода и реабилитация.

Реабилитация. Под реабилитацией больных генитальным эндометриозом подразумевают устранение (после удаления эндометриоидных гетеротопий) тех функциональных расстройств, которые играют ведущую роль в патогенезе и клинике заболевания, а также структурных изменений, сопутствующих патологическо-

му очагу. Используют трехэтапную систему реабилитации больных.

1-й этап — функциональная хирургия с использованием современных технических средств: эндоскопии, криовоздействия, электрохирургии, лазерной техники, микрохирургии; *2-й этап* — аппаратная физиотерапия, нетрадиционные методы (ИРТ, ЛРТ, ВЛОК, ГБО), санаторно-курортная реабилитация; *3-й этап* — гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, СПП); по показаниям — лечение иммуномодуляторами, ингибиторами простагландинов. Цели реабилитации: восстановление трудоспособности больных; сохранение или восстановление специфических функций женского организма (половой, менструальной, детородной); устранение неврологических расстройств; предупреждение рецидива заболевания. Основным принципом реабилитации является последовательное проведение патогенетически обоснованных корригирующих воздействий, объединенных в стройную систему (табл. 54), состоящую из нескольких этапов.

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

1-й этап — выполнение консервативно-пластических операций; *2-й этап* — восстановительное лечение. Начало проведения — с 7—10-х суток после операции. Назначают гестагены в непрерывном режиме на 4—6 мес., с последующим перерывом 2—3 мес. и гормональным контролем. При необходимости восстановления фертильности в дальнейшем они показаны во вторую фазу менструального цикла или циклически с 5-го по 25-й день цикла в течение 4—6 мес. Больных, не заинтересованных в беременности, лечат синтетическими прогестинами в течение 6—9 мес. Для улучшения функции смежных органов используют электростимулирующую терапию; для снятия болевого синдрома — рефлексотерапию (воздействие на ГА, АТ, ПИТ). В отдаленном послеоперационном периоде показано санаторно-курортное лечение (радон, йодобромные воды). После гистерэктомии и при сохранении ткани яичников гормональную терапию проводят первые 4—6 мес. в непрерывном режиме, последующие 6—8 мес. — прерывистыми курсами.

Реабилитация после пангистерэктомии с удалением очагов эндометриоза смежных органов включает восстановление функции смежных органов, АФТ, РТ, купирование вторичных воспалительных перипроцессов, лечение посткастрационного синдрома.

Табл. 54. Медицинская клинко-функциональная реабилитация больных генитальным эндометриозом

Задачи, время, средства	Этап		Устранение эндокринных расстройств
	подготовительный	основной	
Задачи реабилитации	Профилактика послеоперационных локальных осложнений	Ликвидация (максимальное уменьшение) структурных изменений в малом тазу, сопутствующих эндометриозу; устранение невралгии тазовых нервов	
Время осуществления и особенности	Проводят до операции	Проводят после операции	Проводят с учетом локализации процесса
Средства реабилитации	УЗ в импульсном режиме на низ живота, 12—15 процедур; одновременно (или) сочтанный электрофорез йода, цинка (СМТ, ДДТ, ФТ), 20—25 процедур, закончить за 2 нед. до операции; ЛТ ГНЛ (рассеянный лучок), ПМ по 100 мВт/см ² на зону оперативного доступа, 3—7—10 сеансов	Антибиотики, антикоагулянты, ЛФК, ПемП. Противовоспалительное и рассасывающее лечение. Иммуномодуляторы, ГБО, УФОК, ВЛОК, Дифференцированная психофармакология. Через 7—10 дн. — 1-й курс СМТ-электрофореза йода и цинка, 15 процедур. Далее проводят еще 2 курса с интервалом в 2 мес. При стойком болевом синдроме — ДДТ-электрофорез, 15 сеансов, ИК-лазер (до 10 процедур)	Гормонотерапия (гестагены, СПП, агонистадо-тропины). Ингибиторы простагландинов и иммуномодуляторы — по показаниям. Этимизол. Аппаратная физиотерапия (табл. 55). Бальнеотерапия (радон, йодобромные воды) в санаторно-курортных условиях. При эндометриозе тела матки: вначале гальванизация шейно-лицевой области (20 сеансов), затем через 2—3 мес. курс электростимуляции шейки матки. ГНЛ на шейку матки (8—9 сеансов); ИК-лазер на низ живота 10—12 сеансов. При эндометриозе яичников: вначале проводит 2 курса эндоназальной гальванизации, затем — электростимуляцию шейки матки, 3 курса (по 10 процедур) с 2-недельными перерывами. При ретроцервикальном эндометриозе: вначале гальванизация шейно-лицевой области (20 процедур), затем через 2—3 мес. 2 курса (по 20 процедур) эндоназальной гальванизации с месячным перерывом

Табл. 55. Дифференцированное применение физиотерапевтических факторов на заключительном этапе медицинской реабилитации больных, оперированных по поводу генитального эндометриоза

Локализация эндометриоза	Физический фактор	Число курсов	Цель данного фактора
Ретроцервикальная область	Гальванизация шейно-лицевой области	1	Нормализация тонуса центральных регулирующих механизмов
	Эндоназальная гальванизация	2	То же. Последующая перестройка функционального состояния периферических эффектов
	То же	2	То же
Яичники	Электростимуляция шейки матки (ГНЛ)	3	Коррекция нарушенных соотношений гормонов гипофиза
Тело матки	Гальванизация шейно-лицевой области	1	Усиление функциональной активности ГЯС
	Электростимуляция шейки матки	3	Повышение секреции ЛГ-гормона

Лечение отдельных форм генитального эндометриоза

Эндометриоз шейки матки. При бессимптомном течении гистологически подтвержденного эндометриоза шейки матки специального лечения не требуется. Рациональные методы лечения — хирургический, гормональный и комбинированный.

Фармакотерапия. В отдельных случаях проводят склерозирующую терапию (формалин). Гормональное лечение показано: 1) для профилактики рецидивов заболевания — гестагены в непрерывном режиме в течение 6 мес.; 2) при клинически активном эндометриозе шейки матки с кровянистыми выделениями показаны синтетические прогестины в непрерывном режиме в течение 3 мес. с переходом на циклический прием (не более 12 мес.); 3) при распространенных формах или множественных поражениях используют антигонадотропины (даназол, гестринон, бузерелин).

Немедикаментозное лечение. Показано для улучшения результатов оперативного лечения — в виде

предварительного ультразвукового озвучивания тканей в течение 3 мин либо одновременного криоультразвукового или лазерультразвукового воздействия.

Хирургическое лечение. Иссечение участков эндометриоза (прицельная биопсия шейки матки) с последующей криодеструкцией или лазерной вапоризацией CO_2 -лазером ложа эндометриоза на шейке матки. Менее эффективна для этих целей электрохирургия. Профилактика данной патологии состоит в выполнении следующих мероприятий. Электрохирургию при лечении фоновых и предракочных процессов шейки матки проводят за 3—4 дня до месячных, а криодеструкцию и лазерную вапоризацию, лазеркоагуляцию — на 5—6-й день после окончания менструации. Возможна также обработка струпа после коагуляции растворами ферментов и антисептиков; использование ГНЛ на струп с момента начала его отторжения (8—16-й день при ДЭК, 5—6-й день при других воздействиях). Используют применение медикаментозной задержки менструации СПП или комбинацией эстрогенов с 17-ОПК во вторую фазу менструального цикла перед электрокоагуляцией.

Эндометриоидные кисты яичников. Фармакотерапия. Используют только как средство восстановительной терапии (реабилитация) на втором этапе лечения.

Хирургическое лечение. При терапии эндометриоидных кист яичников возможны два варианта оперативного лечения. Лапароскопию осуществляют при I—II степени распространения эндометриоза, одновременно проводят эндокоагуляцию эндометриоидных кист яичников, разъединение спаек. Очаги эндометриоза выпаривают CO_2 -лазером, ложа обрабатывают расфокусированным его пучком. Лапаротомия является методом выбора, так как позволяет произвести полное удаление всех видимых очагов эндометриоза, резекцию одного или обоих яичников в пределах здоровых тканей. Обязательное условие — дополнительная лазерная коагуляция (CO_2 -, аргонный, неодимовый лазер) расфокусированным пучком.

Реабилитация. Критерии определения необходимости ее проведения следующие: наличие хотя бы части яичника и целой маточной трубы; возраст больной моложе 35 лет; фертильная сперма мужа; отсутствие экстрагенитальной патологии, препятствующей вынашиванию беременности; отсутствие опухоли в придатках. Чем раньше после операции начато восстановительное лечение, тем выше его эффективность, особенно при бесплодии. Эндометриоидные кисты яичников (даже при размере их до 1

см в диаметре) с трудом поддаются консервативному лечению. Основные средства проведения реабилитации: СПП — 3-месячными курсами в прерывистом режиме (с 5-го по 25-й день цикла) в течение 1—2 лет; норэтистерон — через 1 месяц после операции по 10 мг/сут. с 5-го дня менструального цикла в течение 21 дня на протяжении 3 менструальных циклов; антигонадотропины (даназол, гестринон, бузерелин); биостимуляторы; немедикаментозные методы (фонофорез, гидровибротубации, магнитофоры, ГНЛ и ИК-лазеры).

Эндометриоз маточных труб. Лечение только оперативное, включает удаление маточной трубы или лазерное выпаривание (вапоризацию) узелков на поверхности маточной трубы, производимые или во время операции, или при лапароскопии.

Ретроцервикальный эндометриоз. Фармакотерапия. Показана только при I—II стадии распространения процесса. Для этих целей пригодны СПП в циклическом или непрерывном режиме на протяжении 6 мес. Эффективно также локальное введение в очаги эндометриоза во вторую фазу менструального цикла гестагенов. Схема: в 3—4 точки вводят (с интервалом в 2 дня) по 1—2 мл 1 %-го р-ра прогестерона (3—4 раза) на протяжении 3 мес.

Хирургическое лечение. Первый этап — иссечение очага эндометриоза (по возможности) влагалитическим путем (лечебное и диагностическое значение). При I—II стадиях распространения очаг иссекают в пределах здоровых тканей без задней кольпотомии с последующей деструкцией (крио-, CO₂-лазер) ложа эндометриоза (абластичность операции, профилактика рецидива). Заднюю кольпотомию не производят. Стенку влагалитца зашивают отдельными кетгутовыми швами. Проводить криодеструкцию или лазеркоагуляцию расфокусированным пучком CO₂-лазера следует осторожно (опасность повреждения мочеоточника, прямой кишки). При III стадии выполняют заднюю кольпотомию, резецируют измененные ткани на крестцово-маточных связках, серозном покрове прямой кишки с дополнительной крио- и лазерной обработкой. Осуществляют ревизию органов малого таза пальпаторно через кольпотомное отверстие с последующим ушиванием стенки влагалитца наглухо. При IV стадии заболевания у больных молодого возраста проводят только частичное иссечение очагов эндометриоза в пределах доступности (гистологическая верификация диагноза). В дальнейшем показана фармакотерапия (антигонадотропины, гестагены норстероидного ряда, седативные и симптоматические

средства) в сочетании с санаторно-курортным лечением (радоновые, йодобромные воды). При отсутствии эффекта — пангистерэктомия. Оперативное вмешательство целесообразно проводить совместно с урологами и проктологами.

«Малые» формы эндометриоза. Фармакотерапия. Используют как монотерапию или как этап комбинированного лечения. Основные препараты для лечения начальных, или «малых», форм эндометриоза и бесплодия: синтетические прогестины — в циклическом режиме на протяжении не более 6 мес., повышенная склонность к тромбообразованию при этом ограничивает их использование; оральные гестагены (препараты норэтистерона) — по 10 мг/сут. в течение 6 мес. Вызывают атрофические изменения эндометрия и ткани эндометриоидных гетеротопий, но часто отмечаются кровотечения «прорыва»; антигонадотропины: даназол — по 400 мг/сут. на протяжении 180 дн. без перерыва, возможно использование препарата в больших дозах (до 800 мг/сут.) и более длительное время (3—8—12 мес.) в зависимости от степени поражения. Препарат эффективен для подавления эндометриоидных гетеротопий малого размера, локализующихся по брюшине; гестринон (более предпочтителен из-за более сильного антигонадотропного действия) — по 2,5—5 мг 2 раза в неделю в течение 6 мес.

Хирургическое лечение. Чаще используют консервативную хирургию — иссечение эндометриоидных очагов при лапаротомии или лапароскопии. Первичное хирургическое лечение наиболее эффективно у больных с умеренно и резко выраженным заболеванием. Целесообразно дополнение консервативной хирургии электрокоагуляцией, криодеструкцией и лазерной вапоризацией (с последующей фармакотерапией).

В современных условиях используют трехэтапное лечение эндометриоза при бесплодии: *1-й этап* — проведение во время диагностической лапароскопии эндоскопического хирургического вмешательства в полном доступном объеме операции (коагуляция очагов эндометриоза, рассечение перитубарных и перивариальных спаек); *2-й этап* — гормональное лечение на протяжении не менее 6 мес. (даназол); *3-й этап* — повторное эндоскопическое вмешательство для контроля за лечением и при необходимости дополнительная консервативная хирургия (рассечение оставшихся спаек, коррекция состояния маточных труб, по показаниям — коагуляция очагов эндометриоза).

НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИЕ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

6.1. ЛЕЙКОПЛАКИЯ И КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ

Это фоновые и предраковые заболевания, относящиеся к группе гиперкератозов. Лейкоплакия характеризуется пролиферацией многослойного плоского эпителия, нарушением его дифференцировки и созревания, появлением пара- и гиперкератоза, акантоза без выраженного клеточного и ядерного полиморфизма и нарушения базальной мембраны. Крауроз — хроническое инволютивно-склеротическое состояние вульвы, развивающееся как последствие различных ее заболеваний. Лейкоплакия в большинстве случаев является показателем далеко зашедших изменений и индикатором наличия других доброкачественных процессов. Тактика лечения определяется отношением лейкоплакии к фоновому процессу (без атипии) или к истинному предраку (лейкоплакия с атипией). Консервативное лечение должно быть комплексным, индивидуализированным, этиологическим, достаточно длительным. Схема причинно-следственных связей при этом и выбора лечебных воздействий указана на рис. 11.

Общие рекомендации при проведении лечения: гигиенический режим (не допускать перегревания тела; избегать ношения синтетического и шерстяного белья, тесно прилегающего к телу; не использовать для гигиенического туалета мыло, перманганат калия, борную кислоту и другие сушащие и раздражающие кожу вещества (рекомендуется применять для этих целей кипяченую воду с настоями трав — ромашка, эвкалипт, календула, крапива, шалфей, или смягчать воду добавлением бикарбоната натрия (пищевая сода)); диетический режим (молочно-растительная, витаминизированная пища, с исключением пряностей, кофе, крепкого чая, алкоголя, никотина, копченостей, ограничение углеводов).

Фармакотерапия. Санационная терапия выступает как самостоятельный вид лечения или как метод терапии, предшествующей оперативному вмешательству, и как способ реабилитации после него.



Рис. 11. Причинно-следственные связи при нейроdistрофических процессах вульвы и средства этиопатогенетического лечения.

Основные задачи санационного лечения: устранение (облегчение) зудовых парестезий и нормализация общего состояния больных. Продолжительность терапии — от 10 дней до 1 месяца. В целях повышения эффективности рекомендуется следующий порядок применения различных средств: ежедневные подмывания гениталий кипяченой водой или с использованием дегтярного мыла; спринцевание 5 %-м р-ром медного купороса (1 ст. ложка на 2—4 л воды); инстилляциии во влагалище 2 %-го р-ра протаргола в количестве 50 мл на 10—15 мин; теплые сидячие ванночки (10—15 мин) с р-ром медного купороса; применение мазей противовоспалительного действия; облучение вульвы синим светом в течение 15—20 мин; использование присыпок.

Общеукрепляющая и седативная терапия. Порошки, микстуры, содержащие валериану, бромиды, пустырник, нормализуют тормозные процессы в ЦНС. Транквилизаторы назначают в общепринятых дозах, микстуру по прописи: настой корня валерианы — 3,0—200,0 г; настойки пустырника — 6,0 г, барбитала натрия — 1,0 г, дионина — 0,15 г, принимать по 1 ст. ложке 2—3 раза в день; или порошки по прописи: димедрол — 0,03 г, бромизовал — 0,15 г, глюкоза — 0,3 г, принимать по 1 порошку 3 раза в день длительно.

Витамины. Назначают чаще в виде комбинаций (олиговит, декамевит, ундевит) или отдельно: витамин А, Е

(асевит) — в/м по 1 мл в течение 20 дней. Повторный курс лечения проводят через 3—6 мес.; витамин Е (α-токоферола ацетат) — в/м или внутрь (капсулы, масляный раствор) в среднетерапевтических дозах в течение 1 мес.; витамин В₁ — в/м, внутрь, электрофорез; В₁₅ (пангамат кальция) — по 1 драже 2—3 раза в день, курсами 2—3 раза в год; витамин U — местно в виде 10 %-й мази для аппликаций на вульву 2 раза в день или внутрь по 1 табл. 2 раза в день в течение 3—5 нед., курс лечения повторяют 2—3 раза в год. Витамины можно использовать в комбинации с другими лекарствами для мазевых аппликаций по прописи: 1. Синэстрол — 0,003 г, ментол — 1,0, анестезин — 4,0, витамин А — 0,03, рыбий жир — до 100,0 г; 2. Синэстрол — 0,01 г, тестостерона пропионат 5 %-й масляный р-р — 2,0, прогестерон 0,1 г, эмульсия гидрокортизона — 4,0 г, витамин А — 20 000 ЕД, витамин Е 30 %-й — 10,0 г, ланолин — 20,0 г.

Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил, диазолин, перитол, фенкарол). Назначают в среднетерапевтической дозе в течение 10—15 дн.

Гормональное лечение. Местно в виде мазевых аппликаций. Методом выбора является назначение кортикостероидов (гидрокортизоновая, преднизолоновая, деперзолоновая мазь, локакортен, флуцинар, синалар, ауробин). Рекомендуются использование крема, содержащего 7 частей бетаметазона валерианата и 3 части кротомитона. Крем наносят на пораженные участки 2 раза в день в течение 2—3 нед. При наличии осложнений вторичной инфекции гормоны дополняют антибактериальными средствами (2 %-й масляный р-р хлорофиллипта; 5 %-й линимент стрептоцида, синтомицина, левомеколь, эмульсия хлоргексидина и др.). Широко апробированы и применяются сочетания различных веществ по следующим прописям: 1. Антибиотик (с учетом чувствительности микрофлоры) — 1,0 г, сульфадимезин — 5,0, борная кислота — 3,0, ланолин и вазелин — поровну по 30,0—40,0 г; мазь для тампонов во влагалище (2—3 ч) и на вульву в течение 2—3 нед.; 2. Левомецетин, стрептоцид, борная кислота, глюкоза — по 0,3 г, масло какао — 3,0 г; ректальные свечи 1—2 раза в день; 3. Левомецетин — 0,3 г, фурацилин — 0,01 г, борная кислота, глюкоза — по 0,2 г; ректальные свечи используют идентично; 4. Леворин — 250 000 ЕД, инсулин — 0,2 г, глюкоза — 0,6, анестезин — 0,4, масло какао — 2,0 г; ректальные свечи.

Из гормональных средств показаны сочетания эстрогенов и андрогенов в соотношении 1:10—1:20 местно в виде мазевых (кремовых) аппликаций по прописи: син-

эстрол — 0,01 г, тестостерона пропионат — 0,1 г, прогестерон — 0,1 г, эмульсия гидрокортизона — 4,0 г, витамин А — 20 000 ЕД, витамин Е — 5,0 г, ацетилхолин хлорид — 0,4 г, ланолин — до 20,0 г; или парентерально используют смесь, содержащую 2 мг эстрадиола дипропионата и 40 мг тестостерона пропионата — вводят в/м 2 раза в неделю в течение 2—3 мес. Можно вместо комбинации применять только 2 %-ю мазь, содержащую тестостерона пропионат, — в виде мазевых аппликаций в небольших количествах 2—3 раза в день или через день на протяжении 6—8 нед. с последующим поддерживающим использованием.

Биостимуляторы (алоэ, ФиБС, стекловидное тело, торфот) назначают п/к, в/м по 1—2 мл в течение 20—30 дн. Апилак — по 1 табл. 2—3 раза в день под язык (100 табл. на курс) или в свечах 1—2 раза в день ректально. Повторные курсы биостимуляторов проводят с нарастающими перерывами 2—4—6—12 мес., возможны различные варианты комбинаций. Наиболее часто применяют комбинированную дифференцированную местную терапию веществами с разным механизмом лечебного действия, формы применения их различны. Воздействие на очаг поражения осуществляют ежедневным подмыванием наружных половых органов и сидячими горячими ваннами с настоями трав, с последующими мазевыми аппликациями витаминов в маслах (каротолин, облепиха, прополис, хлорофилл-каротиновая паста) или 1,5 %-й эмульсии лизоцима. При резко выраженном воспалении (отек, расчесы, трещины, эксфолиации) на первом этапе показаны примочки с охлажденными р-рами поваренной соли (0,86 %), фурацилина (1:5000), жидкостью Бурова, свинцовой водой, с последующей индифферентной сидячей фитованной. По мере исчезновения острых воспалительных явлений переходят к мазевым аппликациям. При эссенциальном зуде, краурозе без выраженной сухости кожи и слизистой местно применяют обтирание наружных половых органов 1 %-м горячим уксусом или примочки с 2 %-м р-ром фенола. Широко используют различные зудоуспокаивающие составы:

1. Ментол

Камфора тертая — по 0,5 г

Деготь березовый — 0,1 г

Спирт этиловый (40°) — до 100,0 г

Смешивают и используют для обтираний вульвы

2. Ментол — 4,0 г

Уксусная кислота — 8,0 г

Спирт этиловый (70°) — до 100,0 г

Смешивают, используют для обтираний вульвы

- | | |
|--|--|
| 3. Ментол — 0,15 г | 4. Ментол — 1,0 г |
| Анестезин — 1,0 г | Эфир для наркоза — 15,0 г |
| Спирт камфорный — 5,0 г | Спирт этиловый (96°) — до 100,0 г |
| Спирт этиловый (70°) — 50,0 г | Смешивают, используют для обтираний вульвы |
| Смешивают, используют для обтираний вульвы | |
| 5. Димедрол — 1,0 г | 6. Ментол — 0,3 г |
| Ланолин — 25,0 г | Анестезин — 20,0 г |
| Вазелин — 25,0 г | Ланолин — 50,0 г |
| Вода дистиллированная — 5,0 мл | Вазелин — 50,0 г |
| Смешивают для наружного употребления | Смешивают для наружного употребления |

При зуде перианальной области рекомендуют ректально в течение 20—30 дн. применять свечи следующего состава: преднизолон — 0,01 г, экстракт красавки — 0,02, ксероформ — 0,1, димедрол — 0,02, глицерин — 0,12, масло какао — 2,0 г; при сухости, легкой ранимости и других трофических изменениях — витаминизированные кремы, содержащие спермацет, ланолин, масла, но не вазелин. К ним обычно добавляют различные лекарственные вещества (димедрол, витамины, гормоны и др.).

Специфическая десенсибилизирующая терапия. Вначале проводят внутрикожный тест на чувствительность к эстрогенам и прогестерону с целью выявления сенсibilизации к гормонам. В зависимости от интенсивности зуда в/к инъекции половых гормонов назначают 1—2 раза в неделю, 1 раз в 2 недели или 1 раз в месяц на внутренней поверхности предплечья. Необходимый эстроген, к которому выявлена сенсibilизация, вводят в/к в дозе в 2—3 раза большей, чем прогестерон, либо эстрогены вводят без прогестерона. При большей или одинаковой чувствительности к прогестерону, чем к эстрогенам, прогестерон вводят в равной или в 2 раза большей дозе, чем эстрогены. Например: 0,1 %-й р-р эстрадиола дипропионата — 0,04 мл, 1 %-й р-р прогестерона — 0,02 мл (Э:П=2:1), или эстрадиола дипропионат 0,1 %-й раствор — 0,03 мл, диэтилстильбэстрол 0,1 %-й р-р — 0,03 мл и 1 %-й р-р прогестерона — 0,02 мл (Э:П=3:1); дозы двух эстрогенов в эффекте суммируются, или 0,1 %-й р-р эстрадиола дипропионата 0,03 мл и 0,1 %-й р-р эстриола 0,03 мл без прогестерона. Последующие в/к инъекции половых гормонов (через 1, 2, 3 недели) произ-

вводят в тех же дозах или на 0,01—0,02 мл больших (в случаях упорного кожного зуда вульвы).

Лечение блокадами (паравульварная денервация). Проводят по двум методикам. Новокаиновые блокады включают местную инфильтрационную анестезию области вульвы и регионарную — области иннервации срамных нервов. Для проведения блокады достаточно 100—150 мл 0,25 %-го р-ра новокаина, частота выполнения — один раз в 2—3 мес. Основной недостаток — непродолжительность эффекта. Спиртоновокаиновые блокады: вначале производят анестезию вульвы и ишиоректальную анестезию 0,25 %-м р-ром новокаина (200—300 мл блокирующего р-ра), затем выполняют блокаду 20 %-м р-ром 96° спирта в 0,5 %-м р-ре новокаина (100 мл рабочего р-ра содержат 20—30 мл 96° спирта и 70—80 мл новокаина). Блокаду выполняют в стационаре до 5 раз с недельными интервалами. Спирт не вводят в точку между задней спайкой влагалища и анусом (опасность некроза). Инфильтрация и отек после блокады сохраняются до 5-го дня. Для их уменьшения используют гелий-неоновый лазер (длина волны — 0,63 мкм, пучок расфокусированный, ПМ — до 100—150 мВт/см²) на область отека. Целесообразно дополнение блокады регионарным подкожным введением кислорода в область наружных гениталий и промежности.

Немедикаментозное лечение. Фитотерапия. Для местной терапии применяют настои трав с антисептическими, вяжущими, дезодорирующими свойствами (ромашка, тысячелистник, крапива, шалфей, эвкалипт, календула). Внутрь употребляют сбор следующего состава: фиалки трехцветной трава — 3, череды трава — 2, земляники лист — 3, хвоща полевого трава — 2, тысячелистника трава — 2, черной смородины лист — 2, крапивы трава — 1, лопуха корень — 3; 1 ст. ложку сбора заливают 500 мл кипятка, кипятят 3 мин, настаивают 20 мин, процеживают, принимают по 100 мл отвара 3 раза в день в течение трех месяцев. При запорах добавляют кору крушины.

Аппаратная физиотерапия. Используют следующие воздействия: фонофорез с кортикостероидами в течение 10 мин, методика контактная, курс 12—15 процедур; лекарственный электрофорез: эндоназальный с витамином В₁ по общепринятой методике, курс 25—30 процедур; на область вульвы с ферментами (трипсин) — до 25—30 сеансов при склеротических формах заболевания; электрофорез новокаина (бедренно-крестцовая и влагалищно-абдоминальная методика, 15—20 процедур); дарсонвализация; КУФ; УФО; ультразвук на область промежности, 8 процедур.

Иглорефлексотерапия. Применяют как самостоятельный вид лечения (монотерапия) или (чаще) как компонент комплексного лечения при отсутствии эффекта от других методов терапии при локализованных и распространенных формах. Всего проводят 3 курса (каждый по 10 сеансов) с перерывами 1,5—2 мес. Для подбора ТА в начале курса используют методику трех уровней. В первом уровне воздействуют на ТА четвертой пары «чудесных» меридианов: МС6, РР4 совместно с точкой группового ЛО—РР6. При отсутствии расстройства менструального цикла или климактерического синдрома воздействуют на точки второй пары «чудесных» меридианов: ТR5, VВ41, VВ39. Во втором уровне воздействуют на точки вторичных меридианов. Вместо третьего уровня влияют на точки по функциональной характеристике или сегментарные — VС8, VС1, VС28, V40, F5, VС1, VС2.

Лазертерапия. В зависимости от характера и степени выраженности патологического процесса используют терапевтические (ГКЛ, ГНЛ, ИК) и хирургические (СО₂) лазеры. Показания к лазертерапии: 1) лейкоплакия без атипии (ГКЛ, ГНЛ); 2) крауроз неосложненный (начальная форма) — ГКЛ, ГНЛ; 3) крауроз, осложненный вульвитом (ГНЛ, ГКЛ, ИК); 4) лейкоплакия с дисплазией (СО₂-лазер, СО₂ и ГНЛ); 5) крауроз неосложненный (склеротическая форма) — СО₂-, сочетание СО₂ и ГНЛ, ИК-лазер.

Гелий-кадмиевый лазер (ГКЛ): длина волны — 0,44 мкм, экспозиция — 10 мин, разовая энергетическая плотность мощности соответствует плотности энергии в 0,45 Дж/см², курс лечения — 18 процедур ежедневно, пучок расфокусированно-сфокусированный по полям. При использовании световода плотность мощности регулируют световым пятном — 3,2 Вт/м². Повторные курсы через 2, 6 недель, затем через 6, 8, 12 месяцев.

Гелий-неоновый лазер (ГНЛ): длина волны — 0,63 мкм, плотность мощности — до 200 мВт/см², экспозиция — 10—15 мин, курс — 12—18 процедур, луч подводят к пациенту с помощью световода или используют дистанционную методику, сканируют по полям. Возможно применение лазерпунктуры ГНЛ (ПМ 30—75 мВт/см²) на одну ТА или сочетание ГНЛ с ультразвуковой терапией (ГНЛ облучают патологический очаг по полям сфокусированным пучком в течение 5 мин, затем воздействуют ультразвуком в импульсном режиме — 0,6—0,8 Вт/см², экспозиция 10 мин).

ИК-лазер: длина волны — 0,89 мкм, доза — 0,04 Дж/см², экспозиция — 240—300 с, курс — 12—15 сеансов,

методика сканирующая (на расстоянии 1—2 см от поверхности вульвы) или контактная. Повторение курса возможно через месяц. Отмечается усиление эффекта при ЛП на ТА Л в режиме 80—150 Гц, 60 с через день.

Хирургическое лечение. Электрохирургию применяют в виде паравульварной диатермоденервации. Является одним из рациональных нейрохирургических методов, позволяющим достигнуть выраженного невротического эффекта. Показания: 1) отсутствие эффекта от длительного консервативного лечения; 2) наличие жизненных и возрастных противопоказаний к вульвэктомии; 3) упорный зуд вульвы (отсутствие выраженных местных изменений) с нарушением общего состояния больной и выраженными нервно-психическими сдвигами. Метод противопоказан при подозрении на малигнизацию.

Диатермоденервация: паравульварная диатермоденервация путем отсепаровки кожного лоскута и слизистой вульвы от подлежащей фасции и диатермотомия нервных окончаний; циркулярная диатермопрепаровка кожных покровов вульвы; субкутанная паравульварная диатермоденервация путем последовательной циркулярной диатермопунктуры области вульвы; диатермоденервация стерженными электродами.

Лазерхирургия. Проводят с помощью СО₂-лазера: длина волны — 10,6 мкм, расфокусированный пучок диаметром до 5 мм, мощность излучения — от 6 до 12 Вт (40—60 % максимальной мощности аппарата «Скальпель-1» при диаметре светового пятна от 1,5 до 2,5 мм). Лазерную вапоризацию проводят после адекватной анестезии (2 %-м р-ром новокаина, 3 %-м р-ром лидокаина), количество процедур зависит от величины патологического очага. Для улучшения результатов лазерхирургию дополняют лазертерапией — воздействуют на струп расфокусированным пучком ГНЛ по дистанционной методике или переменным магнитным полем (10—20 мин).

Вульвэктомия. Является основным хирургическим методом терапии. Выделяют частичную вульвэктомию (при локальном поражении у молодых женщин) и тотальную (при обширности патологического процесса и у пожилых женщин). Метод травматичен и не лишает возможности рецидивов.

К новым методам лечения лейкоплакии, особенно шеечной локализации, относится криохирургия жидким азотом (см. *Патология шейки матки*).

Реабилитация. Наиболее пригодны психотерапия, гипноз, аутогенная тренировка, повторные курсы ИРТ,

лазертерапия, фитотерапия, использование биостимуляторов. Активное участие должен принимать психоневролог.

6.2. ФОНОВЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

К *фоновым процессам шейки матки* относят: эндоцервикозы (псевдоэрозии), полипы, папилломы, простые лейкоплакии, эндометриоз, истинные эрозии, цервициты, эрозированные эктропионы, рубцовые деформации; к *предраковым изменениям* — дисплазии, лейкоплакию с атипией, эритроплакию, аденоматоз. Цель лечения — ликвидация патологического процесса на шейке матки, терапия тех изменений в организме, которые способствуют его возникновению и поддержанию длительного течения заболевания. При выборе метода лечения доброкачественных процессов и ранней онкологической патологии шейки матки необходимо соблюдение двух основных принципов: 1) обеспечение надежного излечения для предупреждения рецидивов и перехода в более выраженный патологический процесс; 2) применение органосохраняющих и щадящих методов лечения у женщин молодого возраста. Общие принципы планирования лечения при указанных заболеваниях представлены на рис. 12.

Псевдоэрозии (эндоцервикозы). Это дисгормональные состояния, сопровождающиеся перемещением железистого эпителия за пределы наружного зева. В зависимости от функционального состояния покровного и железистого эпителия выделяют простые, пролиферирующие и заживающие формы заболевания.

Врожденная эктопия призматического эпителия в возрасте до 20—23 лет при отсутствии воспалительных изменений лечению не подлежит. Обязательным условием является устранение способствующих и поддерживающих длительное течение заболеваний (воспалительных, эндокринных). При воспалительном генезе заболевания устанавливают характер возбудителя и проводят целенаправленное лечение. Из арсенала средств лечения необходимо исключение препаратов с малой эффективностью и высокой частотой нежелательных осложнений, следует соблюдать принцип разумной онкологической настороженности (длительность терапии и консервативных воздействий не должна превышать 2—3 нед.).

Фармакотерапия. Наиболее приемлема при сочетании псевдоэрозии шейки матки с выраженной воспали-

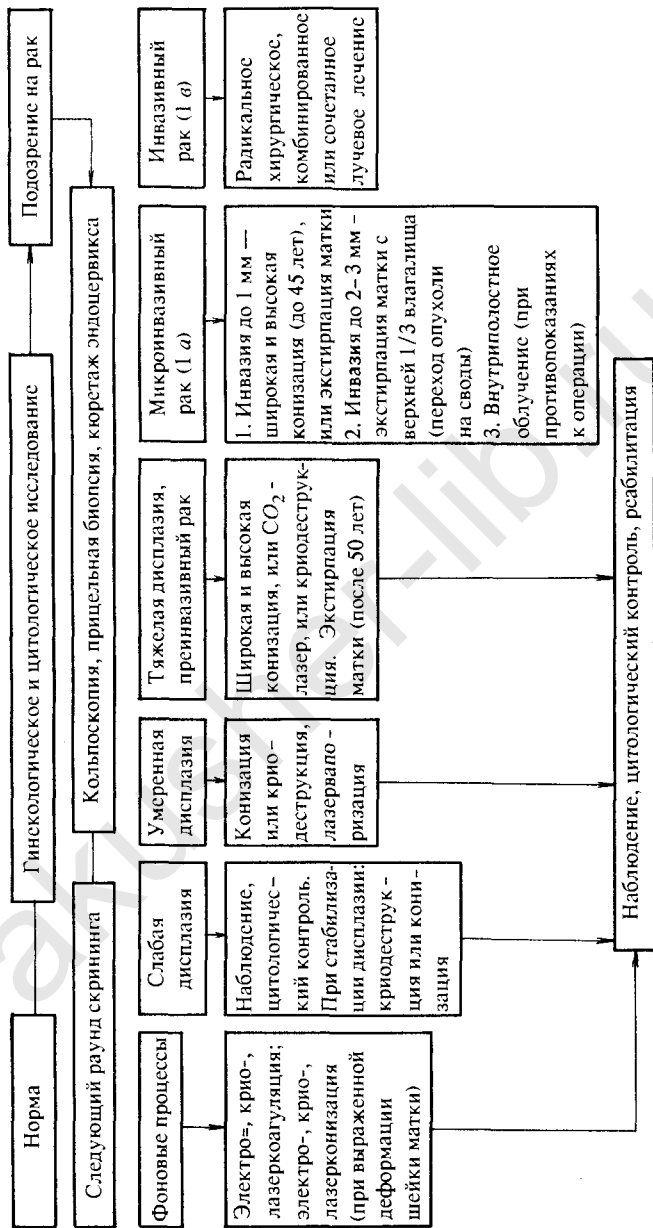


Рис. 12. Планирование диагностики и лечения ранней онкологической патологии шейки матки.

тельной реакцией в окружающих тканях как предварительный этап перед радикальными методами. Используют мазовые и жировые тампоны и химическую коагуляцию. В качестве лекарственных средств показаны вещества с антибактериальной, бактерицидной, антисептической и дезинфицирующей активностью (5 %-я эмульсия стрептоцида, 5 %-й линимент синтомицина, 10 %-й цигерол, 1,5 %-я эмульсия лизоцима, галаскорбин, грамицидин; 3 %-я мазь тетрациклина, тетрациклин, Волкова, Конькова, ацемина, этония). Химическую коагуляцию (ваготил) проводят у молодых нерожавших женщин непродолжительное время (опасность возникновения дискератозов и дисплазий). Недостатками являются воздействие только на поверхностный слой эпителия и большая частота рецидивов. Процедуры выполняют через 1—3 дня, количество их колеблется в зависимости от величины очага — от 6 до 15.

Немедикаментозное лечение. Наиболее часто используют АФТ: низкочастотный ультразвук на шейку матки через гидрокортизоновую мазь (2—3 сеанса через 1—2 дня); внутришеечный электрофорез (по Г. А. Келлату) — химическую коагуляцию через 1—2 %-й р-р сульфата цинка (1 раз в неделю, курс — 6—8 процедур); коротковолновую УФ-терапию; микроволны сантиметрового диапазона. Из нетрадиционных методов терапии показаны ИРТ (при сопутствующем хроническом эндоцервиците) и лазертерапия (ГНЛ).

Для ИРТ используют метод дисперсии с экспозицией игл 20—40 мин. *Схема*: 1-й сеанс воздействуют на ТА G14, E36, RP6, постановка кнопочных игл на 6 сут. в AT22, AT23, AT29; 2-й сеанс — ТА G14, И1, V28; 3-й сеанс — ТА V20, V22; 4-й сеанс — ТА V23, V29; 5-й сеанс — ТА V26, V53; 6-й сеанс — ТА V31, V33 и постановка кнопочных игл в AT34, AT80, AT95; 7-й сеанс — ТА VC2, VC4, RP6; 8-й сеанс — ТА R12, R6; 9-й сеанс — ТА F9, F12, VB27; 10-й сеанс — ТА VB39, VB26. Метод наиболее эффективен в комбинации с электрокоагуляцией псевдоэрозии шейки матки.

Лечение низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) проводят в первую фазу менструального цикла, соблюдая противопоказания (величина эктопии более 250 мм², эрозированный эктропион, рубцовая деформация шейки матки, вторая фаза менструального цикла). Используют в основном ГНЛ и ИК-лазер.

Воздействие ГНЛ осуществляют по нескольким методикам. *Методика 1*. Плотность мощности ГНЛ — 100—200 мВт/см². На 1 см² поверхности эктопии должен прихо-

даться 1 Дж энергии. Проведение излучения к пациенту осуществляют с помощью стекловолоконного световода и дистанционным путем, сканируя по эктопии. Пучок сфокусированный, экспозиция суммарно 10—15 мин, курс — 10—15 сеансов. *Методика 2.* 1-й этап — подготовительный (санация гениталий, исключение эндокринного фактора); 2-й этап — неповреждающая ГНЛ-терапия патологической эктопии призматического эпителия в течение 7—10 мин в терапевтической дозе. Курс лечения — 10—12 дн.; 3-й этап — использование жировых эмульсий (лизоцим, биостимуляторы). Лечение ГНЛ наиболее показано, если по данным кольпоскопии имеется зона незавершенной недлительной трансформации, резервноклеточной метаплазии. *Методика 3.* Применяют для стимуляции регенерации после отторжения струпа на шейке матки (5—6-й день после криодеструкции, лазерной вапоризации, 10—16-й день — после электрокоагуляции). Принципиально не отличается от методики 1.

ИК-лазер (длина волны 0,89 мкм) используют для лечения псевдоэрозий шейки матки и хронического эндоцервицита по влагалищной методике с применением цервикальных насадок, разовая доза 0,05 Дж/см², экспозиция 180—240 с, курс 8—12 ежедневных процедур. При необходимости курс повторяют через месяц. Методика ИК-лазертерапии показана при небольших (до 2 см²) и не длительных (до 1 года) эктопиях у нерожавших женщин (ранее нелеченных), а также при истинных эрозиях шейки матки.

Фитотерапию и аппаратную физиотерапию используют только при сопутствующем воспалении в наружных половых органах и влагалище.

Хирургическое лечение. Включает методы коагуляции и радикальное хирургическое лечение. В клинической практике для терапии фоновых и предраковых заболеваний шейки матки используют различные виды коагуляции.

1. Диатермохирургический метод. Воздействие на патологический очаг осуществляют высокочастотным электрическим током. Выделяют диатермокоагуляцию и диатермоконизацию. Показанием к диатермокоагуляции является наличие псевдоэрозий без резкой деформации и гипертрофии шейки матки. Диатермоконизацию (эксцизию) выполняют при хроническом эндоцервикозе (псевдоэрозии) на фоне деформации шейки матки или эктропиона, наличии лейкоплакии, дисплазии. Методы электрохирургии выполняют накануне менструации (за 3—4 дня). Наиболее хорошие результаты отмечаются при би-

активной коагуляции в растворе электролита (25 %-й р-р сульфата магнесии). Сравнение эффективности различных видов электротермического воздействия (моноактивной, биактивной и биактивной в растворе электролита) иллюстрирует табл. 57. Эпителизация шейки матки происходит через 6—8 недель. Контрольный осмотр осуществляют после второй менструации. Метод имеет ряд недостатков и осложнений как во время выполнения операции, так и в разные сроки после нее. Главный технический изъян методики состоит в различной глубине коагуляции при заданной силе тока, в результате чего происходит глубокая травматизация подлежащих здоровых тканей с образованием трех зон поражения, захватывающих эпителиальный пласт (толщина 500 мкм) и глубже — его строму. Основные осложнения: кровоточивость, кровотечения, стриктуры канала шейки матки, перемещение стыка эпителия, синдром коагулированной шейки, эндометриоз, дискератозы, нарушения менструальной функции, образование ретенционных кист, большая частота рецидивов.

Табл. 56. Глубина зон электротермического воздействия при различных видах коагуляции

Способ коагуляции	Глубина зоны воздействия, мм		
	выраженных изменений	деструкции	реакции
Моноактивная	3—4	5—7	13—15
Биактивная	2—3	4—5	8—10
То же в электролите	1	2	5—6

2. *Термокоагуляция.* Заключается в наружной аппликации тепла с нагреванием термокоагулятора до 90—240 °С. Метод лишен недостатка диатермохирургического лечения — включения в цепь электрического тока организма больной и генерации тепла в самой ткани шейки матки.

3. *Криодеструкция.* Осуществляют с помощью низких температур контактным способом. Длительность криоаппликации определяют характером и распространенностью патологического процесса, составляет она в среднем 3—4 мин, хладоагентом является жидкий азот. Температура на конце криозонда — 170 °С. Обычно экспозиция криотерапии зависит от размеров патологического очага, наличия дисплазии и ее степени, длительности предыдущего лечения. Для обработки патологического очага применя-

ют криозонды разной формы. Для обеспечения необратимой деструкции очага рекомендуется использовать наконечник, рабочая поверхность которого на 2,5 мм выходила бы за пределы очага поражения. Криокоагуляцию проводят за 1—6 дн. до очередной менструации или на первой неделе после ее окончания. Метод наиболее пригоден для лечения патологии шейки матки (эндоцервикоз) у нерожавших женщин, при рецидивах фоновых заболеваний после других видов коагуляции. Для достижения оптимального лечебного эффекта необходимо одномоментное проведение криовоздействия в области экто- и эндоцервикса. Эпителлизация после криокоагуляции наступает быстрее, чем при других методах лечения (4—6 нед.), вследствие ограниченного некроза и меньшего повреждения окружающих и подлежащих тканей. Скорость реэпителлизации шейки матки тем быстрее, чем короче экспозиция при замораживании. После процедуры во влагалище вводят турунду (на 12—20 ч) с 5 %-м линиментом синтомицина, эмульсией стрептоцида и др. Больную предупреждают о возможных вскоре проходящих (20—30 мин) болевых ощущениях и обильных водянистых выделениях, постепенно (2—3 нед.) уменьшающихся; иногда вследствие потери солей калия возникает мышечная слабость. После процедуры обязателен половой покой (4—6 нед.).

Криотерапия обладает рядом достоинств: проведение в амбулаторных условиях, отграничение очага деструкции от окружающих тканей, слабая болезненность при вмешательстве, бескровность манипуляции, минимальное количество осложнений, отсутствие склерозирования соединительной ткани. Процедура не влияет на процесс раскрытия шейки матки в родах. Применение специальных форм криозондов (конусовидный наконечник для нерожавших и рожавших) позволяет проводить криоконизацию при небольших размерах деформации шейки матки с эндоцервикозом и при наличии умеренно выраженного эрозированного эктропиона. Контрольный осмотр после криовоздействия — через 6 нед. с обязательной кольпоскопией и цитологическим исследованием мазков-отпечатков с поверхности шейки матки. Для повышения эффективности метод комбинируют с ультразвуком, фармакотерапией (СПП, гестагены).

4. Диатермокриодеструкция. Показана для лечения гиперпластических процессов шейки матки на гипертрофированной шейке, а также при рецидивах изменения эпителия и гипертрофии шейки матки после других методов лечения. Наконечник для криодиатермоэксцизии вводят в цервикальный канал до внутреннего зева под контролем

УЗИ через переднюю брюшную стенку. Далее осуществляют замораживание тканей, глубина которого соответствует примерно $1/2$ радиуса шейки матки. Не прекращая замораживания, диатермонож поворачивают вокруг оси и выполняют диатермоэксцизию в пределах замороженной ткани. В зависимости от степени гипертрофии иссечению подвергают ткани, по толщине соответствующие $1/3$ или $1/2$ радиуса шейки матки. После криодиатермоэксцизии выполняют криодеструкцию по профилю удаленных тканей, не замораживая внутреннего зева. Криодиатермоэксцизия позволяет безболезненно совершать манипуляции и значительно улучшать геометрию операционного поля за счет надежной фиксации шейки. Эпителизация шейки матки наступает к концу 7—9-й нед. Шейка окончательно сформировывается и приобретает нормальные размеры и структуру к концу 9—10-й нед. Трудности заключаются в создании специального наконечника для криодиатермоэксцизии, в котором петля диатермоножа комбинируется с криозондом и могла бы циркулярно вращаться вокруг последнего.

5. Лазерхирургия. Проводят с помощью высокоэнергетических лазеров (углекислотный, неодимовый, аргоновый), позволяющих резать, испарять и коагулировать биологические ткани за счет сильного поглощения ими лазерного излучения. Лечебный эффект, в отличие от других воздействий, основан на образовании некроза в области патологического очага с последующим его отторжением. Лазеркоагуляция характеризуется полным испарением этого очага в пределах здоровой ткани. Ее проводят на 4—7-й день менструального цикла. Для этих целей используют аппараты «Скальпель-1», «Ромашка-2» (физические параметры: мощность излучения — 12—15 Вт, диаметр светового пятна — 1,5 мм, глубина испарения — 1—2,5 мм, время воздействия — 1—5 мин). Обезболивание не требуется. Отторжение струпа происходит через 4—5 дн., отсутствует лейкорея, полная эпителизация наступает спустя 4—6 нед. Контрольное исследование — через 6 нед. Вследствие малой проникающей способности CO_2 -лазера (не более 50—100 мкм) глубина зоны некроза в подлежащие ткани не превышает 0,5—0,7 мм. При этом патологическая ткань испаряется полностью (на любую глубину) и зона некроза образуется в пределах здоровой ткани. Это способствует быстрому отторжению коагуляционной пленки, рыхло связанной с подлежащими тканями, и более раннему началу регенерации. Отсутствуют или минимально повреждаются окружающие ткани, лейкоцитарная инфильтрация обычно слабо выражена, фаза экс-

судации и пролиферации короткая — поэтому на фоне более быстрого заживления отсутствует грубое рубцевание и стенозирование цервикального канала. Методика лазеркоагуляции, вапоризации относительно проста, доступна, лишена недостатков ДЭК (нет перемещения стыка эпителия, нарушений менструальной функции, стеноза эндоцервикса).

Послеоперационный период после деструкции. После инструментального вмешательства при наличии обильных серозно-кровянистых выделений ежедневно или через день проводят обработку шейки матки 7 %-м р-ром перманганата калия в течение 3—5 дн. Поддержанию нормального биоценоза влагалища способствуют выполненная накануне процедуры санация влагалища растворами антисептиков (4—5 дн.) и введение после процедуры внутривлагалищных шариков с синтомицином (10 дн.), таблеток клотримазола (антифунгола, хлорхинальдина), сангвиритрина (6 дн.). С противовоспалительной целью струп можно обрабатывать в течение 3—5 дн. 25 %-м р-ром сульфата магния. Отторжение струпа на шейке матки ускоряют применением тампонов (10 %-я метилурациловая мазь, 5 %-я мазь ацемина, левомеколь, синаflan), орошениями шейки матки (пантенол, олазол, гипозоль, ливиан, левовинизоль, оксиклозол), аппликациями ферментов (трипсин, хонсурид, коллализин, ронидаза, лекозим, карипазим). При гипертрофированной шейке матки дополнительно назначают анаболические средства (калия оротат — 1,5 г/сут.); биостимуляторы (15—18 дн.); донаторы сульфгидрильных групп (унитиол в/м, 10 дн.). Изменение менструального цикла (миома матки, эндометриоз, воспалительные процессы гениталий) является показанием к использованию гормональной терапии (СПП, гестагены, антигонадотропины) согласно установленным схемам. Проводимые реабилитационные мероприятия — это одновременно и мера профилактики развития эндометриоза шейки матки, и путь повышения эффективности консервативных хирургических вмешательств.

Радикальные хирургические методы лечения эндоцервикозов. Наиболее эффективны при значительной деформации и гипертрофии шейки матки, выраженных после родовых разрывах, наличии эктропиона, неэффективности других методов терапии. Предварительным этапом лечения является лазерхирургия (эктопия, полипы, ретенционные кисты, очаги экзоцервикального эндометриоза) с последующей операцией. Такая методика терапии значительно улучшает результаты лечения. К наиболее часто

применяемым операциям относят эрозиоэктомию, различные виды ампутации шейки матки (по *Шредеру*, *Штурмдорфу*, высокая) и реконструктивно-пластические операции с восстановлением нормальной анатомии канала шейки матки.

Полипы. Это любые разрастания в шейке матки, висящие на ножке. К истинным полипам относят аденоматозные (железистые) формы. По количественному соотношению желез и стромы в полипах, клинико-морфологическим показателям степени риска возможной малигнизации принято выделять простые (железистые) полипы, полипы с пролиферацией и (или) с плоскоклеточной метаплазией (фоновые заболевания). Полипы с дисплазией — это предраковые процессы. Тактика лечения больных определяется в каждом конкретном случае индивидуально в зависимости от особенностей полипа (гистологический тип, локализация) и организма женщины (возраст, сопутствующие заболевания матки и придатков).

Хирургическое лечение. Это основной вид используемой терапии данной патологии. При доброкачественных формах заболевания, бессимптомном течении, расположении полипов у наружного зева применяют полипэктомию, которую дополняют дифференцированным выскабливанием слизистой цервикального канала и тела матки (особенно при локализации процесса в эндоцервиксе, кровянистых выделениях из половых путей в постменопаузе). Положительные результаты могут быть получены при производстве полипэктомии с одновременной коагуляцией ложа полипа одним из методов. При полипах, находящихся у наружного зева и имеющих широкое основание, показано ножевое иссечение полипа с наложением швов или более легкая, бескровная и эффективная процедура — электроэксцизия шейки матки. Сочетание полипа с рубцовой деформацией шейки матки является основанием к производству лазерминиконизации или диатермоэксцизии, а при наличии миомы матки и (или) выпадении ее показана экстирпация матки. Методом выбора при лечении доброкачественных полипов шейки матки, расположенных у наружного зева, может быть диатермоэлектроэксцизия. При локализации полипов в эндоцервиксе, наличии дисплазии назначают также электроэксцизию, но после предварительного кюретажа эндоцервикса и полости матки (гистологическое исследование). Оптимальным вариантом лечения полипов с развившимся в них преинвазивным раком надо считать диатермоконизацию шейки матки. При обнаружении инвазивного рака в полипах у женщин детородного возраста

проводят диатермоконизацию, а у женщин с сопутствующими заболеваниями матки и в постменопаузальном периоде — простую экстирпацию матки с оставлением или удалением яичников в зависимости от их полноценности и менструальной функции. Полипэктомия в чистом виде, в сочетании с кюретажем эндоцервикса и тела матки или коагулирующей ложа полипа с дисплазией менее эффективна и дает больший процент рецидивов.

Папилломы. Это разрастания покровного многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки с подлежащей соединительной тканью. Относятся к вирусным инфекциям, передающимся половым путем, локализуясь, кроме шейки матки, на вульве, влагалище. Выделяют три вида папилломатоза: 1) классическая форма остроконечных кондилом (папиллярный, веррукозный тип); 2) инвертирующий (эндофитный) тип; 3) интраэпителиальный тип (плоские кондиломы).

Фармакотерапия. Предполагает использование противовирусных, антипролиферативных (цитостатических), иммуномодулирующих препаратов, а также средств, разрушающих кондиломы. Обязательным условием является санация других очагов инфекции в женских половых органах (вульвит, кольпит).

Интерферон при лечении кондилом применяют по одной из следующих методик: 1) местные аппликации 1,5 мл свежеприготовленного 8 %-го геля, содержащего интерферон, на кондилому; гель фиксируют вазелином, не обладает побочными явлениями; 2) инъекции интерферона в основание кондиломы в количестве 1—1,5 мл раствора; 3) системное использование — введение в кожу живота: первая неделя — 3 раза по 2,5 млн ЕД интрона А, вторая — перерыв, третья и четвертая неделя — 3 раза по 2,5 млн ЕД препарата; эффективность лечения оценивают на седьмой неделе лечения.

Резорцин применяют в качестве прижигающего средства местно в виде спиртовых растворов следующего состава: резорцин — 5,0 г, спирт этиловый (70°) — 15,0 г, дистиллированная вода — 15,0 г, используют в течение 6—10 дн. ежедневно (через день), или йод чистый — 2,0 г, спирт этиловый (96°), кислота карболовая — по 5,0 г, кислота салициловая — 12,0 г, кислота молочная — 6,0 г, кислота уксусная — 10,0 г, резорцин — 6,0 г, деготь березовый — 10,0 г, коллодий эластический — до 100,0 г, смазывают верхушки кондилом 1—2 раза в сутки до их полного отпадения. Препарат можно использовать в форме 5, 10, 20 %-х мазей, мази следующего состава: кислота салициловая — 2,0 г, резорцин — 3,0 г, вазелин — 20,0 г; или

порошка (резорцин — 3,0 г, борная кислота — 3,0 г) — втирают в поверхность кондиломы. Применение всех прижигающих средств требует защиты здоровых участков кожи индифферентной мазью или кремом.

Ферезол (смесь, состоящая из 60 %-го фенола и 40 %-го трикрезола) назначают наружно в качестве прижигающего и бактерицидного препарата. Используют только в лечебных учреждениях. Кондиломы смазывают непрерывно 10—60 мин (в зависимости от размеров). У папиллом, имеющих тонкую ножку, смазывают только последнюю. Повторную обработку проводят через 6—8 дн. после отпадения струпа. Обработанный участок можно мыть водой, нельзя бинтовать и смазывать мазями. Препарат (ферезол) наносят на поверхность кожи площадью не более 20 см².

Цитостатические препараты. Подофиллин (список А) — используют в виде 30 %-го спиртового раствора (срок годности 3 дня), местно смазывают папиллому 10 раз (обязательно предохраняют здоровую кожу). Затем папиллому удаляют и вновь смазывают 20 раз ежедневно. При воспалительной реакции процедуру проводят 1 раз в 2—3 дня. Колхамин (омаин) применяют местно в виде 0,5 %-й мази в течение 18—25 дней. При наличии папилломатоза можно испробовать местно порошок казачьего кустарника (*pulv. frondum salinae*) пополам с каломелью и квасцами, а также замораживание одиночных кондилом хлорэтилом.

Хирургическое лечение. Удаляют кондиломы острым путем или одним из видов коагуляции (диатермо-, крио-, лазерной). Для лазерной вапоризации (выпаривания) мощность излучения СО₂-лазера определяют индивидуально для каждой больной, и зависит она от размера кондилом: 10—15 Вт (мелкие), 25—30 Вт (шеечная локализация) и 50 Вт (крупные). Операцию выполняют при диаметре светового пятна 1,5—2,5 мм, плотность мощности — 1000 Вт/см² в 1—2 этапа.

Лейкоплакия. Это ороговение многослойного плоского эпителия шейки матки (гиперкератоз). Выделяют лейкоплакию без базально-клеточной гиперактивности или атипии (простая форма) и с их наличием (предрак шейки матки).

Фармакотерапия. При простой форме лейкоплакии шейки матки применяют лечение как при нейроэндокринных инволюциях вульвы.

Хирургическое лечение. В случаях лейкоплакии с базально-клеточной гиперактивностью и атипией основной метод терапии — иссечение патологического очага. Методом лечения может оказаться и биопсия шейки матки в случае полного иссечения лейкоплакии и (или) диспла-

стически измененного эпителия. При сочетании лейкоплакии или дисплазии с преинвазивной карциномой диагностическим и терапевтическим методом является эксцизия или конизация, в зависимости от состояния эндоцервикса. При резко выраженной атипии показана ампутация шейки матки с последующим исследованием ступенчатых или серийных срезов. Решение о конизации шейки матки принимают при тяжелой дисплазии после повторно произведенной биопсии и подозрении на преинвазивную карциному у женщин старше 40 лет. Оперативное лечение — экстирпация матки, у больных с лейкоплакией шейки матки проводится сугубо индивидуально с учетом возраста женщины, при наличии другой патологии половых органов, требующей оперативного лечения. Лучевая терапия при лейкоплакии шейки матки без признаков малигнизации нецелесообразна или проводится рентгенотерапия в половинной дозе (20 Гр). Для иссечения лейкоплакии с атипией рекомендуется криодеструкция или лазерная вапоризация. Экспозиция криотерапии лейкоплакии шейки матки зависит от ряда факторов: размера лейкоплакии, наличия дисплазии, степени ее, длительности предыдущего лечения. Удобна для практического использования балльная оценка лейкоплакии по характеру («нежная», «грубая»), локализации (1—3 квадрант, тотальное поражение), степени дисплазии (I—III), количеству предыдущих криопроцедур. Минимальное время криовоздействия (2 мин) возможно при небольшой «нежной» лейкоплакии без дисплазии, впервые подвергающейся лечению. Во всех остальных случаях экспозиция — 4—6 мин. При обширности лейкоплакии и большой вероятности рецидива от криотерапии следует воздержаться. Лазерную вапоризацию производят с помощью CO₂-лазера: мощность излучения 9—12 Вт, диаметр пятна 1,5—2,5 мм, глубина испарения 1,0—2,5 мм. Шейку матки накануне лазерного воздействия обрабатывают 3 %-м р-ром уксусной кислоты, затем раствором Люголя (для более точной визуализации очага, подлежащего удалению). Обезболивание не требуется. При переходе лейкоплакии на влагалищные своды используют двухэтапное лазерное лечение: первый — удаление очага на шейке матки, второй — удаление в следующем менструальном цикле очага лейкоплакии на стенках влагалища.

Истинная эрозия шейки матки. Это истинный дефект эпителия с проявлением воспалительной реакции. Фармакотерапия. Является основным методом лечения, направленным на снятие явлений воспаления и стимуляцию регенерации. Метод выбора — влагалищные тампоны

(биостимуляторы, ферменты, антибактериальные средства). Одновременно проводят все виды лечения сопутствующей патологии.

Цервициты (см. *Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов*).

Посттравматические изменения в шейке матки (эктропион, рубцовые деформации). Эта группа патологии шейки матки представлена надрывами и разрывами ее, связанными с родами. В результате разрывов возникает выворот слизистой оболочки шейки матки, разрастается рубцовая ткань. Выворот (эктропион) анатомически похож на псевдоэрозию шейки матки, но гистологически наряду со структурами слизистой эндоцервикса имеются тяжи грубоволокнистой соединительной ткани и пучки мышечных волокон из разрыва. Эктропиону всегда сопутствует цервицит, эндоцервикоз.

Хирургическое лечение. Реконструктивно-восстановительная хирургия разрывов и деформаций шейки матки, эктропиона является методом выбора. Эти операции проводят методом расслоения шейки матки и восстановления ее анатомии, что позволяет нормализовать функцию шейки матки (создать физиологические условия для ее влагалищной части и щелочную среду для слизистой эндоцервикса). Однако более целесообразно предварительно провести санацию всех патологических процессов на шейке матки известными способами лечения и только после полного заживления производить оперативное вмешательство. При эктропионе и незначительных деформациях шейки матки (глубина до 1 см) вначале проводят диатермо-, лазеркоагуляцию, криодеструкцию (1-й этап) эрозированного эктропиона с последующими диатермопунктурами вокруг эктропиона (2-й этап) или лазерконизацию, криоконизацию, диатермоконизацию — при сочетании эктропиона с дисплазией и другим предраком. У отдельных больных возможно и более радикальное лечение, особенно при сочетании с другой патологией матки. Для лазерхирургии эрозированного эктропиона в сочетании с рубцовыми деформациями шейки матки (глубина до 1 см) применяют СО₂-лазер (мощность излучения — 15 Вт, диаметр светового пятна — 3,0 мм, глубина испарения — 2,5—3,0 мм). В этих случаях лазерным лучом по возможности восстанавливают правильную форму наружного зева. При резком укорочении шейки матки и переходе железистого эпителия на своды влагалища мощность излучения уменьшают до 3—6 Вт, диаметр пятна 2,0 мм, глубина испарения тканей до 1,5 мм. При рубцовых деформациях шейки матки лучом лазера рассекают имею-

щиеся на шейке спайки и рубцы, выпаривают остатки эктопии, восстанавливают форму наружного зева; при стенозе наружного зева или цервикального канала лучом лазера (диаметр пятна 0,5—1,0 мм) образуют отверстия в области цервикального канала до 7—8 мм в диаметре. Глубина лазерного воздействия определяется глубиной самого стеноза канала шейки. Для профилактики рецидива стеноза на 12—15-й день после лазеркоагуляции (ЛКГ) в эндоцервикс вводят на 7—10 дн. коллагеновый протектор.

Дисплазия. Это морфологический термин, имеющий свыше 10 синонимов (например, «базально-клеточная гиперактивность», «цервикальная внутриклеточная (внутриэпителиальная) неоплазия» — *CIN*). Он означает гистологическое упрощение тканей регрессивного характера, связанное с понижением уровня дифференцировки клеток (нарушение нормальной стратификации пласта многослойного плоского эпителия с повышением митотической активности). Дисплазия возникает на неизменной шейке матки (реже) или на фоне предшествовавших патологических процессов. Степень тяжести определяет уровень радикальности вмешательств. Лечение осуществляют с учетом характера фоновых заболеваний.

Фармакотерапия. Как метод консервативного лечения применяется наряду с динамическим наблюдением только при дисплазии слабой (легкой) степени. Чаще всего это противовоспалительная терапия. При отсутствии регрессии ее в течение 3 мес., а при умеренной и тяжелой степени — сразу показано хирургическое удаление измененных тканей или деструкция.

Хирургическое лечение. Необходимыми условиями эффективности всех видов деструкции физическими методами являются: тщательное цитологическое, эндоскопическое и гистологическое исследование; вся зона трансформации должна быть полностью ограничена эктоцервиксом, что устанавливается при эндоскопии; возможность дальнейшего клинико-цитологического контроля. В настоящее время отмечается тенденция к сужению показаний к электрокоагуляции: негативные морфологические и эндоскопические заключения; небольшие размеры патологического очага, строго локализованного в области эктоцервикса; отсутствие рубцовой деформации шейки матки. Криодеструкция является идеальным и оптимальным методом лечения легкой и умеренной степени дисплазии.

Лазерная деструкция. Основные условия для терапии CO_2 -неодимовым лазером дисплазии: ограниче-

ние патологического процесса эктоцервиксом (отсутствие перехода на эндоцервикс); наличие кольпоскопически видимого стыка между многослойным плоским и призматическим эпителием; отсутствие данных (цитологическо-эндоскопический скрининг), подозрительных на рак шейки матки. Лечение дисплазии хирургическим лазером проводит специалист со знанием основ кольпоскопии и квантовой электроники. При лазеркоагуляции дисплазии шейки матки легкой и средней степени тяжести используют мощность излучения 15 Вт, диаметр пятна 1,5 мм, глубину испарения 1,0—2,5 мм; тяжелой степени — глубина испарения тканей 3,0—3,5 мм при той же мощности и размере пятна. Перед лазерной вапоризацией и лазерной конизацией шейку матки обрабатывают маркерами (раствор Люголя). Наиболее рациональным методом лечения дисплазии тяжелой степени является конусовидная электроэксцизия шейки матки: 1) удаление всего патологического очага, локализованного в эктоцервиксе; 2) резекция не менее 2/3 цервикального канала.

Хирургическое удаление патологически измененных тканей с дисплазией выполняют различными способами. Ампутация шейки матки (по *Штурмдорфу*) показана при сочетании дисплазии с элонгацией шейки матки при опущении матки. Основные показания к гистерэктомии при дисплазии: 1) пожилой возраст больных (старше 50 лет); 2) отсутствие анатомических условий для конизации; 3) локализация тяжелой степени дисплазии в эндоцервиксе.

Эритроплакия. Это истончение (атрофия) покровного многослойного плоского эпителия с появлением и гиперплазией базальных клеток, полнокровием сосудов и лимфоидной инфильтрацией в подлежащей соединительной ткани.

Хирургическое лечение. Основным методом лечения является крио-, диатермо-, лазерная деструкция патологического очага.

6.3. МИОМА МАТКИ

Это одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей, развивающихся в мышечной оболочке матки (миометрии). Морфологически выделяют простые, пролиферирующие миомы матки и предсаркомы. Цель лечения — торможение роста опухоли. Задачи лечения: 1) восстановление нарушенных соотношений в гипоталамо-гипофизарной системе; 2) устранение (снижение) проявлений сопутствующего воспалительного процесса;

3) нормализация функции яичников; 4) улучшение состояния миометрия. Общие принципы лечения: максимальное оздоровление всего организма больной с целью восстановления системы регуляции половой функции и смежных с ней систем; устранение ановуляторных циклов, снижение гиперэстрогенизма, повышение рецептивности тканей, восстановление двухфазности менструального цикла в репродуктивном периоде и уменьшение пролиферативного влияния гормонов в более позднем возрасте; уточнение преморбидного фона больной; принцип максимальной онкологической настороженности на всех этапах диспансерного наблюдения; строгий индивидуальный подход к составлению рациональной программы лечебного воздействия. Выбор метода лечения определяется: особенностями патогенеза заболевания; формой и темпом роста опухоли; путями развития процесса; предполагаемым первичным очагом поражения; степенью вовлечения в патологический процесс различных отделов нейроэндокринной системы. Исходя из системного подхода в лечении миомы матки методом выбора является консервативная терапия, оперативное вмешательство патогенетически не обосновано. Таким образом, основу современных принципов ведения больных с миомой матки должно составлять сочетание консервативного лечения с хирургическим.

Консервативное лечение. Фармакотерапия. Пути консервативного лечебного воздействия при миоме матки следующие: раннее выявление и лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний; коррекция нарушенных гормональных соотношений; лечение анемии, волемических и метаболических нарушений; нейротропные воздействия; торможение роста опухоли или уменьшение размеров узлов. Консервативное лечение начинают с момента установления диагноза независимо от возраста, субъективного статуса, величины и формы опухоли, особенностей клинического течения. Накануне лечения обязательно проведение клинико-диагностического скрининга с целью выделения патогенетического варианта миомы матки, уточнение формы и темпа роста опухоли, величины и локализации узлов и, таким образом, определение индивидуальной рациональной программы лечебного воздействия. Формы и методы консервативного лечения (табл. 58) выбирают с учетом мультифакторности патогенеза и патофизиологии опухоли. Длительность его должна быть строго регламентирована во времени. Лечение продолжают до наступления менопаузы, если ранее не произошло полное выздоровление. В случае отсутствия

эффекта от консервативного лечения и сохранения нарушений репродуктивной функции оно не должно превышать 2—3 лет.

Табл. 57. Классификация методов консервативного лечения миомы матки

Фармакотерапия		Немедикаментозное лечение	
гормональная	негормональная	АФТ	нетрадиционное
Гифотоцин	Витамины А, Е, С, В, фолиевая кислота, РР	Аутоамминизация, индуктотермия, грязевые аппликации, вибромассаж, ионогальванизация с грязью	Фитотерапия
Андрогены			Бальнеотерапия (йодобромные ванны, радон, жемчужные ванны)
Гестагены	Препараты йода, бром		
СПП			
Кортикостероиды, АКГГ	Микроэлементы	Эндонозальный электрофорез с витамином В ₁	ЛФК
Агонисты рилизинг-гормонов ЛГ (ЛГ-РГ)	Нейротропные вещества		ИРТ
	Противовоспалительные средства	Электростимуляция шейки матки	Вибромассаж
		Сочетанный йод — цинк электрофорез или индуктофорез	Санаторно-курортное лечение (радоновые, йодобромные ванны)
		Магнитное поле в импульсном режиме	Крио-, лазерная деструкция эндометрия
		Внутриматочный электрофорез с йодистым калием, гифотоцином	

Показания. 1. Консервативное лечение миомы матки приемлемо в любом возрасте до наступления менопаузы, но особенно в репродуктивном периоде. 2. Клинически малосимптомное и бессимптомное течение заболевания. 3. Расстройства менструального цикла типа мено-, метроррагий, не приводящие к анемизации женщины. 4. Миома матки в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием к хирургическому лечению. 5. Сочетание миомы матки с воспалением придатков матки, клетчатки малого таза с адгезивным процес-

сом при условии отсутствия мешотчатых гнойно-воспалительных образований, частых обострений и прогрессирующего течения воспаления. 6. Сочетание миомы матки с аденомиозом, экзоцервикальным эндометриозом шейки матки. 7. Особенности локализации опухоли и клинического течения: а) фиброматозные узлы интерстициальные; межмышечные и субсерозные на широком основании независимо от величины их; б) множественная узловатая миома матки, по величине не превышающая 13—14 нед. беременности; в) интерстициальные миоматозные узлы, пролабирующие в полость матки, или субмукозные на широком основании, не приводящие к анемизации больной; г) одиночные субсерозные узлы на ножке без перекрута и нарушения питания в молодом возрасте, при желании проводить операцию. 8. Консервативное лечение как предварительный этап подготовки к предстоящей консервативной миомэктомии или как этап восстановительного лечения после удаления миомы матки.

Противопоказания к консервативному лечению миомы матки: миома матки в сочетании с опухолью яичника, раком эндометрия, влагалищной части шейки матки; большие размеры опухоли (свыше 14 нед.) в сочетании с нарушением функции смежных органов и болевым синдромом; выраженная деформация полости матки, обусловленная подслизистой локализацией миоматозного узла, сопровождающейся анемизацией больной; рождающийся подслизистый узел; подозрение на саркому матки (быстрый рост); сочетание миомы матки и беременности; неясный диагноз.

Медикаментозная негормональная терапия. Диетотерапия. Является одной из составных частей комплексного лечения, позволяет корригировать многие нарушения обменных процессов. Предпочтительно белковое питание с ограничением жиров, углеводов, назначение витаминов (А, Е, К, С, группа В) и микроэлементов (медь, цинк, железо, йод). С целью нормализации функции желудочно-кишечного тракта рекомендуют фруктовые и овощные соки (1 стакан свекольного, яблочного, сливового, абрикосового сока) или по 1/4 стакана картофельного сока натощак 1 раз в день на протяжении до 6 мес. с периодическим питьем (7—10 дн.) по утрам 1/2—1 стакана слегка подогретой минеральной воды («Смирновская», «Боржом», «Эссентуки» № 4, 17).

Антианемическая, утеротоническая терапия (см. ДМК). Седативное лечение показано при вовлечении в процесс центральной нервной системы. Применяют транквилизаторы (мебикар, триоксазин, сибазон), рас-

тительные вещества (настойка валерианы, пустырника), малые нейролептики (группа феназепама, френолон), комбинированные препараты (беллатаминал, белласпон, беллоид) в среднетерапевтических дозах курсами по 2—3 нед. К лечению гипертензии и сахарного диабета привлекают смежных специалистов. Адаптогены, иммунокорректоры стимулируют адаптационно-приспособительные механизмы, защитные силы организма и функции иммунной системы. Назначают: экстракт элеутерококка — по 30—40 капель 3 раза в день после еды; метилурацил — по 0,5 г 3 раза в день внутрь; индометацин (метиндол) — по 25 мг 2 раза в день во 2-ю фазу менструального цикла курсами по 2 мес. с интервалом в 6 мес. При сопутствующем воспалительном процессе придатков и миоме матки кроме метилурацила, продигозана используют декарис (левамизол) — по 150 мг 2 раза в неделю или тималин — по 5—20 мг в/м (доза на курс — 30—100 мг).

Витамины. Для торможения роста опухоли показан комплекс витаминов А, С, Е, пентовит. Они оказывают регулирующее влияние на нейроэндокринную систему, нормализуют гонадотропную функцию гипофиза и обмена стероидов, потенцируют активность желтого тела.

Витамин А избирательно влияет на эстрогенные рецепторы эффекторных органов, при этом для терапии применяют дозы, в 1,5—2 раза превышающие высшую суточную дозу. Расчет витамина А проводят следующим образом: 30 капель (1 мл) масляного раствора составляют 100 000 ЕД. Таким образом, 15 капель ретинола ацетата, примененного 3 раза в день, будут составлять 150 000 ЕД, а 20 капель 3 раза в день — 200 000 ЕД. Методика применения витамина А: 1) препарат назначают во 2-ю фазу менструального цикла (15—26-й день), продолжительность приема — не менее 12 и не более 15 дн.; лечебная суточная доза — 150 000—200 000 ЕД (15—20 капель 3 раза в день на протяжении 3—6 менструальных циклов, при необходимости до 8—12 мес.); 2) в/м 3,44 %-й р-р — по 2 мл (200 000 ЕД).

Витамин С назначают в период овуляции и во 2-ю фазу менструального цикла в виде аскорбиновой кислоты — по 0,25 г 1—2 раза в день (12—26-й день).

Токоферола ацетат (витамин Е) как регулятор нейроэндокринной системы используют по 100 мг (1 капсула) с 14-го по 26-й день менструального цикла. Комплексная витаминотерапия дана в табл. 58.

Табл. 58. Витаминотерапия при лечении миомы матки

Препарат	Доза	Дни приема
Пентовит	1 драже 2—3 раза в день	5—14-й день цикла
Аскорбиновая кислота	0,25 г 1—2 раза в день	12—26-й день цикла
Токоферола ацетат	100 мг в день (1 капсула)	14—26-й день цикла
Ретинола ацетат	50 000 ЕД 3—4 раза в день	15—26-й день цикла
Витамины группы В, фолиевая кислота	Среднесуточная терапевтическая	1-я фаза менструального цикла

Препараты йода. Лечебный эффект обусловлен действием йода на яичники, в которых наблюдается задержка роста и созревания фолликулов. Наиболее показаны при сочетании миомы матки в любом возрасте с ожирением и сердечно-сосудистой патологией. Методика применения: 1) микродозы йода (0,25 %-й р-р йодистого калия) — по 1 ст. ложке 1—2 раза в день без перерыва в течение 6—10 мес.; целесообразно сочетать с приемом картофельного сока; 2) электрофорез из 1—2 %-го р-ра калия йодида (ионы йода вводят с отрицательного полюса по общепринятой методике; курс 40—60 воздействий ежедневно, кроме месячных); 3) метод Грамматикати показан при лечении миомы матки в случае необходимости вызывать дополнительную атрофию эндометрия при безуспешности других методов (см. ДМК).

Микроэлементы: медь — стимулирует фолликулогенез; цинк — в связи с его дефицитом у больных влияет на лютеинизирующую и кортикотропную функцию гипофиза, особенно при повышении продукции андрогенов сетчатой зоной коры надпочечников; препараты железа, кобальта — показаны для борьбы с анемией. Наиболее приемлемая методика лечения медью и цинком — в виде электрофореза циклично (с 4—5-го дня менструального цикла проводят 10 сеансов с 1—2 % р-ром сульфата меди, а с середины цикла и во 2-ю фазу — 10 процедур с 1—2 % р-ром сульфата цинка).

Противовоспалительные средства. Показаны больным, у которых миома матки развивается на фоне хронического сальпингооофорита со сниженной гормональной активностью яичников, значительным угнетением защитных свойств организма и вторичным вовлечением в патологический процесс ГЯС. Антибактериальную терапию про-

водят по строгим показаниям, в период обострения процесса или в сочетании с лечением продигозаном. Протеолитические ферменты целесообразно применять путем электрофореза СМТ (2—3 курса по 15 процедур, с перерывом между ними в 1 мес.).

Гормональная терапия. Показания: 1) миома матки в позднем репродуктивном возрасте или в пременопаузе для нормализации менструального цикла; 2) лечение гиперпластических процессов эндометрия при миоме матки; 3) выраженные противопоказания к хирургическому лечению; 4) торможение роста опухоли с целью избежать или отсрочить оперативное вмешательство.

Гифотозин — в/м ежедневно по 1 мл в течение 12—15 дн., начиная с 5—7-го дня менструального цикла. Лечение проводят в течение 2—8 циклов. Препарат можно применять в любом возрасте, особенно при меноррагиях — по 1 мл 2—3 раза в день до гемостаза.

Андрогены. Показания: миома матки в пременопаузе. Они оказывают угнетающее действие на гонадотропную функцию гипофиза, фолликулярный аппарат яичников, вызывают атрофию эндометрия. В назначении необходимо строго соблюдать дифференцированный подход.

Метиландростендиол используют по 50 мг/сут. в 1-ю фазу менструального цикла в течение 3—4 мес., 2 курса с перерывом, или по 25 мг 2 раза в сутки, начиная с 7-го дня цикла в течение 15 дн. на протяжении 3 менструальных циклов.

Метилтестостерон назначают в среднем по 2 табл. 3 раза в день (30 мг) ежедневно под язык в течение 20 дн., 3 мес. подряд с 10-дневным интервалом.

Тестостерона пропионат вводят по 25 мг через день в/м, всего 10 инъекций, курс 3 мес. с интервалом в 10 дн.; или по 25 мг 2 раза в неделю больным до 40 лет и 50 мг 2 раза в неделю — больным старше 40 лет (10 инъекций), курсами через 3, 4 и 6 мес.; или по 1 мл 10 %-го р-ра тестената на 14—17-й день менструального цикла женщинам моложе 35 лет и больным старше 45 лет — 1 мл сустанона-250 (омнадрена) в течение 3 менструальных циклов. Курс повторяют 2—3 раза. Месячная доза андрогенов в инъекциях не должна превышать 200—300 мг, при приеме внутрь — не более 600—700 мг.

Выделяют следующие варианты дифференцированного подхода к лечению андрогенами. При небольших размерах опухоли с умеренно повышенной кровопотерей показано проведение 3—4 курсов лечения андрогенами по вышеописанным схемам. При опухолях мягкой конси-

стенции с малым содержанием соединительной ткани показаны инъекции 1 мл гифотоцина через день (всего 12) и 6 инъекций по 25 мг через день тестостерона пропионата. При небольших размерах опухоли с умеренно повышенной кровопотерей применяют сублингвально поочередно по 6 дн. прегнин (30 мг) и метилтестостерон (30 мг) при общей продолжительности приема препаратов 24 дн., после чего больные в течение 20 дн. получают утеротоники (стиптицин, экстракт кукурузных рылец и др.). При выраженной тенденции к росту опухоли, склонности к гиперэстрогении, особенно при экстрагенитальной патологии, используют в/м циклические инъекции тестостерона пропионата — по 25 мг на 7, 14, 21-й день менструального цикла или на 5, 10, 15-й дни сохраненного цикла с последующим назначением гестагенов (6 мес.), или по 25 мг 2 раза в неделю (100—120 мг) — до 18-го дня менструального цикла, а далее используют прогестерон по 10 мг/сут. в течение 8 дн., на протяжении 6 мес. При росте миомы матки в менопаузе показаны массивные дозы андрогенов (750 мг в первый месяц лечения: 5 инъекций 5 %-го р-ра тестостерона пропионата по 1 мл, затем 5 инъекций того же р-ра по 1 мл в/м через день и далее — по 1 мл в/м через 2 дня, также 5 инъекций). В течение последующих 6 мес. назначают гестагены (прегнин 30 мг/сут.) в течение 10 дн. с 20-дневными интервалами. При необходимости показан повторный курс лечения (идентично). При миоме матки небольших размеров (в возрасте после 48 лет) с длительными маточными кровотечениями, анемизацией больных показан меностаз.

Схема: после инструментального удаления эндометрия или прекращения кровянистых выделений назначают в/м тестостерона пропионат — по 50 мг 3 раза в неделю первые 2 нед. подряд, в последующие 2 нед. — по 50 мг 2 раза в неделю и в дальнейшем — по 50 мг 1 раз в неделю до общей суммарной дозы 1000 мг. Для меностаза используют также метилтестостерон по схеме: 1-я неделя — по 50 мг под язык, 2-я — по 45 мг, 3-я — по 40 мг, 4-я — по 35 мг и в дальнейшем — по 30 мг ежедневно до общей суммарной дозы 3 500 мг.

Гестагены. Использование их при лечении миомы матки основано на двух эффектах: антиэстрогенном и антифиброматозном. Применяемые препараты разделяют на две группы: 1-я — прогестероновый ряд (прогестерон, прегнин, 17-ОПК); 2-я — норстероидный ряд (норэтистерона ацетат, примолут-нор, норколут, ацетомепрогенол).

Прогестерон назначают по 5—10 мг в/м 1 раз в день в течение 10—12 дн. во вторую фазу менструального цикла

в течение 3—6 мес. Целесообразно после окончания каждого ежемесячного цикла лечения прогестероном вводить гифотоцин — по 1 мл 1 раз в день в течение 5—6 дн., либо чередовать (с 7-го дня менструального цикла) прогестерон (всего 10—12 инъекций) с утеротониками (гифотоцин).

17-ОПК вводят в виде 12,5 %-го р-ра в/м по 2 мл (250 мг) однократно в середине цикла (на 12—14-й день от начала менструации). Лечение проводят на протяжении 3 мес. (1-й курс). Повторные курсы (3—4) назначают с интервалами в 2—3 мес. Следует избегать больших доз 17-ОПК из-за способности препарата вызывать отек эндометрия и снижение его тонуса.

Норэтистерона ацетат, норколут назначают по одной из схем: а) с 5-го по 25-й день менструального цикла — по 10 мг/сут.; б) с 16-го по 25-й день цикла в течение 3—4 мес. — по 2,5 — 15 мг/сут. Доза на курс — 1500—2000 мг. Суточную дозу подбирают индивидуально с учетом риска возникновения дегенеративных изменений в ткани опухоли. Продолжительность лечения норстероидами должна соотносываться с клиникой заболевания и колебаться в пределах от 3 до 9 мес. в течение каждого календарного года. Необходим соответствующий подбор соотношений суточной дозы и общей продолжительности курса лечения. Для создания гестагенной аменореи применяют норэтистерона ацетат — по 5—10 мг/сут. в непрерывном режиме или 15 мг/сут. (по 5 мг 3 раза в день) с 5-го по 25-й день цикла. При миоме матки в климактерическом периоде и выявлении аденоматоза эндометрия назначают в/м 17-ОПК — по 250 мг (2 мл) один раз в неделю в течение 6 мес. При рецидиве кровотечения дозу увеличивают до 500 мг/нед. (4 мл). При сочетании миомы матки с гиперпластическим процессом в постменопаузе 17-ОПК применяют по 250 мг один раз в неделю в течение 6—12 мес., а при аденоматозе — по 500 мг/сут. в течение 12 мес. При отсутствии эффекта показано хирургическое лечение.

Синтетические прогестины (СПП). Применение их основано на угнетении циклической и, в меньшей степени, базальной секреции фоллиберина и люлиберина в ГГЯС с двумя вариантами конечного клинического эффекта. Это или нормализация менструального цикла вследствие ребаунд-эффекта, или прекращение менструальной функции и наступление менопаузы.

Показания: 1) величина опухоли соответствует размерам 10-недельной беременности; 2) межмышечное расположение узлов миомы матки; 3) климактерическая дисфункция яичников длительностью до 1 года; 4) сочетание

миомы матки с гиперпластическим процессом в репродуктивном возрасте.

Накануне проведения терапии СПП обязательно иметь тесты функциональной диагностики (ТФД), включая биопсию эндометрия; результаты гистерографии, гистероскопии для исключения наличия субмукозного узла. Обычно проводят 3 цикла с 5-го по 25-й день сохраненного менструального цикла или с 5-го дня от момента диагностического выскабливания матки. Интервал между циклами, если не восстанавливается менструальноподобная реакция, — 7 дн. Оценивают эффект по уменьшению кровопотери, восстановлению цикла, торможению роста опухоли в пределах от 6 мес. до 3 лет. Длительное применение СПП приводит к регрессивным изменениям эндометрия и его нормализации. Следует помнить, что изменения эндометрия при лечении СПП отстают во времени от клинической картины. При выборе препарата важно учитывать не только возраст и фенотип женщины, но и соотношение компонентов в СПП. Длительность лечения СПП определяется клиническим эффектом и гистологической картиной эндометрия — после проведения 3-месячного курса лечения. Повторное обнаружение гиперплазии эндометрия служит показанием к дополнительному курсу лечения.

Кортикостероиды и гормоны гипофиза. Основанием к применению глюкокортикоидов при миоме матки является наличие признаков субклинической формы надпочечниковой недостаточности. Показания: 1) большие миомы матки с умеренно повышенной менструальной кровопотерей; 2) длительность заболевания до 5 лет и выше с момента выявления опухоли; 3) наличие признаков надпочечниковой недостаточности и выраженной тенденции к росту опухоли.

Преднизолон назначают по 2,5 мг/сут. с 5-го по 15-й день менструального цикла, далее с 16-го по 25-й день — гестагены по общепринятой схеме. В последний день приема гестагенов проводят однократную дегидратационную терапию (салуретики на фоне приема калия). В течение каждого календарного года больным с миомой матки и надпочечниковой недостаточностью рекомендуется 6 курсов подобной лекарственной терапии и одновременно 24 сеанса электрофореза йодистого калия с периодическим использованием малых доз гипотензивных средств.

АКТГ поддерживает гомеостаз, стимулирует глюкокортикоидную и андрогенную функцию коры надпочечников, угнетает продукцию ФСГ, усиливает выброс ЛГ и тем самым способствует образованию желтого тела в яичниках

и повышенной продукции прогестерона. АКТГ непосредственно и опосредованно через кору надпочечников обладает антифиброзным и антиколлагеновым действием.

Показания: 1) размеры миомы матки не более 12-недельной беременности; 2) возраст старше 40 лет; 3) особенности локализации: интерстициальное, субсерозное расположение на широком основании узлов; 4) сочетание миомы матки с хроническим воспалительным процессом в женской половой сфере или спаечным процессом в малом тазу и брюшной полости.

Противопоказания: сочетание миомы матки с эндометриозом; наличие показаний к хирургическому лечению; туберкулез различной локализации; тяжелая соматическая патология; язвенный процесс в желудочно-кишечном тракте и в организме вообще. АКТГ назначают в/м через день по 25 ЕД, на курс лечения 18 инъекций (450 ЕД). Вместо АКТГ можно вводить пролонгированный препарат синактен-депо — по 1 мл (1 мг) в/м 1 раз в неделю. Обязательна проба на переносимость АКТГ (в/к вводят 2—3 ЕД АКТГ). При гипертензии лечение начинают с 10 ЕД, увеличивая с каждой последующей инъекцией дозу на 5 ЕД, и доводят ее до обычной дозы. Метод сочетают с электрофорезом с цинком в виде 5 %-го р-ра сульфата цинка на надлобковую область в течение 20 мин. Лечение курсовое, кратность курсов — 1 раз в год. На период лечения желательна диета с ограничением поваренной соли.

Агонисты (аналоги) рилизинг-гормонов лютеинизирующего гормона (ЛГ-РГ). Это принципиально новый вид терапии больных миомой матки. Аналоги ЛГ-РГ — бузерелин, гозерелин, гестринон — декапептиды, вызывающие гипозестрогению без эндогенного стероидного эффекта. Они вначале стимулируют гонадотропную функцию гипофиза, затем следует подавление секреции из-за нечувствительности гипофиза к стимуляции.

Показания: 1) миома матки в позднем репродуктивном возрасте и пременопаузе; 2) сочетание миомы матки с болевым синдромом, меноррагией, бесплодием; 3) перед предстоящим оперативным вмешательством (возможность его избежания).

Бузерелин назначают подкожно на 2-й и 5-й день менструального цикла в виде ежедневных инъекций препарата в дозе 200 мкг (14 дн.), затем в виде интраназальных введений по 400 мкг 3 раза в день в течение 6 мес.; сверхактивный агонист ЛГ-РГ Д-Тер^б — ЛГ-РГ — ежедневно подкожно в течение 3 мес. (первые 5 дн. по 500

мкг, в дальнейшем — по 100 мкг). Длительно действующий аналог ЛГ-РГ — *Loladex*-депо вводят п/к в дозе 3,6 мг каждые 28 дн. в течение 6 мес. под контролем эхографии. Следует помнить, что основная особенность агонистов ЛГ-РГ — это кратковременность эффекта уменьшения размеров опухоли, поэтому показания 1), 3) являются наиболее подходящими к данному виду терапии.

Немедикаментозное лечение. Основаниями для использования физических факторов при лечении миомы матки являются отсутствие стимулирующего влияния их на рост опухоли и большая частота побочного отрицательного действия медикаментов.

Аппаратная физиотерапия. Выбор вида физического воздействия и методики АФТ определяется целью и задачами лечения. Аутомамминизацию осуществляют с помощью того или иного физического воздействия, проводят ежедневно или через день в середине менструального цикла. Общее количество сеансов колеблется от 10 до 12, всего проводят не менее 4 курсов в году с интервалами в 1—2 менструальных цикла. При умеренных, но длительных кровянистых выделениях применяют с целью гемостаза 3—6 процедур аутомамминизации. При преимущественном первичном поражении функции ГГЯС с повышением гонадотропной функции гипофиза показаны следующие виды физических факторов: гальванизация зоны «воротника» (по А. Е. Шербаку), эндоназальный электрофорез с витамином В₁, АКТГ с электрофорезом цинка. При снижении гонадотропной функции гипофиза используют электрофорез меди в первую фазу менструального цикла и цинка — во вторую синусоидальным модулированным током (СМТ), электростимуляцию шейки матки (по С. Н. Давыдову).

При обострении хронического сальпингооофорита назначают электрофорез химотрипсина или других ферментов. При наличии остаточных явлений сальпингооофорита в комплекс лечения включают СМТ-электрофорез цинка (2 курса по 15 процедур, интервал между курсами 1 мес., с последующей поддерживающей терапией в течение 2—3 лет). При сочетании болевого синдрома с меноррагией показано переменное магнитное поле (ПсМП) — 10—12 процедур по 10 мин, напряженность 200 Э, 2—3 курса, перерыв между курсами 2—3 мес. С целью профилактики роста опухоли при предполагаемых первичных изменениях в миометрии широко показаны последовательно эндоназальная гальванизация (2 курса) и электростимуляция шейки матки (3 курса). При наличии данных за вторичные изменения миометрия используют сочетан-

ный электрофорез йода и цинка (2 курса) или йода (3 курса), дополняемый иногда индуктотермией.

Бальнеотерапия. Должна быть строго дифференцированной с учетом ряда факторов. Жемчужные ванны показаны при преобладании вегетососудистых нарушений, хронической гипоксии вследствие анемии; радоновые ванны и влагалищные орошения — при терапии миомы матки в любом возрасте, размер опухоли при этом не должен превышать срока 12-недельной беременности. Противопоказания к применению радона: 1) маточные кровотечения по типу метроррагии любой этиологии; 2) овариальная гипофункция на почве эндокринопатий (акромегалия, болезнь Иценко — Кушинга); 3) обострение воспалительного процесса в женских половых органах; 4) другие общеизвестные противопоказания к радонотерапии. Основанием для использования радоновых вод при миоме матки служат: оказание гемостатического эффекта; угнетение в повышенных концентрациях функции гонад; нормализация менструального цикла; улучшение деятельности ряда функциональных систем; прекращение роста опухоли.

Влагалищные орошения радоновыми водами проводят при концентрации 500 единиц Махе с температурой воды 36—38 °С. Продолжительность процедуры 20—30 мин ежедневно, курс — 15—18 орошений. Радоновые ванны применяют с концентрацией радона 200 единиц Махе, температурой воды 36—37 °С, экспозиция — 10 мин. Первые 2—3 ванны проводят через день, в дальнейшем (при хорошей переносимости) — по схеме: два дня ванна, день — перерыв, курс лечения — 10—12 ванн.

Йодобромные ванны показаны при миоме матки с длительным (более 5 лет) сопутствующим воспалительным процессом.

Санаторно-курортное лечение. Больным с небольшими размерами опухоли не противопоказано. Предпочтительны источники с радоновыми и йодобромными водами (Белокуриха, Пятигорск, Мироновка, Джеты-Огуз, Красноугольск, Усть-Кут, Хмельник, Цхалтубо).

Иглорефлексотерапия. Показана при миоме матки, сопровождающейся нарушениями менструальной функции (мено-, метроррагия) — см. ДМК.

Лазерная и криодеструкция эндометрия. Рекомендуют женщинам с миомой матки и меноррагиями в пременопаузе, репродуктивном возрасте при нежелании иметь детей, противопоказаниях к экстирпации матки. Используют углекислотный лазер, АИГ-*Nd*-лазер, аргоновый лазер (большие мощности). Излучение подводят волокон-

ным (кварцевым) световодом через эндоскоп. Коагуляцию эндометрия осуществляют лазером с рогов матки, передней, задней стенки. Глубина воздействия — 1,2—2 мм, экспозиция — 1—3 с, мощность лазера — 50—75 Вт. После лечения возникает бесплодие (в репродуктивном возрасте). Метод позволяет при меноррагиях избежать в определенном проценте случаев хирургического вмешательства.

Лучевая терапия. Используется редко, в связи с небольшой эффективностью, а также из экологических соображений. Метод не всегда показан женщинам репродуктивного возраста.

Фитотерапия. Используют различные варианты прописей и сборов. *Пропись 1.* Картофель, клубни для сока (лучше розовый сорт). Моют, очищают, трут на терке, отжимают через марлю. Принимают по утрам натощак по 1/3—1/2 стакана ежедневно в течение 6 мес. Через 4 мес. курс повторяют. Для улучшения вкусовых качеств добавляют поваренную соль, томат-пасту. *Сбор 2.* Крапивы трава — 10,0, крушины кора — 10,0. Заливают 500 мл воды, кипятят 5 мин, настаивают 20 мин, процеживают. Принимают по 150 мл утром и вечером до гемостаза (гемостатический эффект при меноррагиях). *Сбор 3.* Крапивы трава — 5,0, подорожника трава — 5,0, тысячелистника трава — 5,0. Заливают 500 мл кипятка, кипятят 5 мин, настаивают, процеживают. Принимают по 150 мл 2 раза в день до гемостаза или во время обильных месячных (прием начинают за 2 дня до их начала и продолжают не менее 10 дн.). Повторяют циклично в течение 6—8 мес. *Сбор 4.* Водяного перца трава — 4,0, пастушьей сумки трава — 4,0, спорыша трава — 4,0. Заливают 500 мл воды, готовят и принимают идентично сбору 3. *Сбор 5.* Пустырника трава — 3,0, боярышника плоды — 2,0, зверобоя трава — 2,0, ромашки цветки — 2,0, тысячелистника трава — 1,0, ноготков цветы — 1,0, крушины кора — 2,0, шиповника плоды — 4,0, бессмертника трава — 3,0. Смесь заливают 450 мл кипятка, настаивают 10—12 ч, процеживают, отжимают. Принимают по 100 мл 3 раза в день за час до еды, 3 мес. подряд. Показано женщинам, страдающим миомой матки в сочетании с экстрагенитальной патологией (болезни желудочно-кишечного тракта, печени, желчных путей). *Сбор 6.* Спорыша трава — 15,0, шиповника плоды — 5,0. Смесь заливают 700 мл кипятка, настаивают 20 мин. Принимают по 150 мл 3 раза в день при сочетании миомы матки и заболеваний печени и желчных путей. *Сбор 7.* Аира корневище — 2,0, полевого хвоща трава — 1,0, зверобоя трава — 2,0, шиповника плоды — 5,0, пустырника трава —

3,0, боярышника плоды — 2,0, мать-и-мачехи лист — 1,0, девясила корень — 1,0. Смесь заливают 500 мл кипятка, настаивают 20 мин, процеживают. Принимают по 100 мл 3 раза в день. Показано при сочетании беременности и миомы матки. Кроме того, используют сборы при гиперполименорее и миоме матки (см. ДМК).

Хирургическое лечение. Показания (определяются величиной или локализацией узлов, клиническими проявлениями и сочетаниями с другой генитальной и экстрагенитальной патологией): 1) быстрый рост опухоли (увеличение размеров опухоли на 3—4 нед. за год наблюдения), указывающий на возможность малигнизации; 2) размеры опухоли, соответствующей сроку 13—14-недельной беременности у женщин старше 40 лет и 12-недельной беременности у женщин в возрасте до 40 лет; 3) рост опухоли в период менопаузы; 4) субмукозная локализация миоматозного узла; 5) шеечная локализация миомы матки; 6) перешеечное, низкое расположение миоматозного узла с клиническими проявлениями или узлы достаточно большого размера (6 нед. и более беременности); 7) рождающийся или родившийся субмукозный миоматозный узел; 8) субсерозная миома матки (узловатая) с тенденцией к перекруту узла на ножке; 9) интралигаментарная форма миомы матки с нарушением функции смежных органов; 10) некроз миоматозного узла любой локализации; 11) миома матки с нарушением функции смежных органов; 12) менометроррагии (при небольших размерах опухоли), не поддающиеся консервативному лечению; 13) сочетание миомы матки и генитального эндометриоза; 14) сочетание миомы матки с неправильным положением гениталий (смещениями); 15) сочетание миомы матки с рецидивирующими гиперпластическими процессами в эндометрии.

Виды хирургических операций при миоме матки определяются возрастом больных, величиной и локализацией узлов и характером клинических проявлений. Операции могут быть радикальными и консервативно-пластическими, с двумя видами оперативного доступа: брюшностеночным и влагалищным. *Преимущества первого вида доступа:* возможность полноценной ревизии внутренних гениталий и органов брюшной полости; уверенность в достижении полного гемостаза; возможность удаления любого варианта опухоли; доступность выполнения других оперативных вмешательств на других органах брюшной полости. *Влагалищный доступ* используют реже при: удалении опухоли небольших размеров; наличии специальных показаний (экстирпация матки

влагалищным путем по поводу выпадения матки; наличие сложной экстрагенитальной патологии, являющейся противопоказанием к чревосечению).

Радикальные операции вызывают ликвидацию менструальной и генеративной функции у женщины путем удаления всего органа (матки) или значительной ее части (табл. 59).

Табл. 59. Виды и показания к радикальным операциям на матке при миоме

Показания	
надвлагалищная ампутация матки	экстирпация матки

Проводят во всех остальных случаях

Женщинам старшего возраста: рост опухоли в менопаузе; наличие патологических изменений в шейке матки (рубцовая деформация, дисплазия, эрозии, рецидивирующий полипоз эндцервикса)

Женщинам молодого возраста: сочетание миомы матки с предраком эндометрия и шейки матки; сочетание миомы матки с распространенным эндометриозом; некроз фиброматозного узла; сеечная и першеечная формы миомы матки

Консервативно-пластические операции выполняют для сохранения или восстановления одной или всех специфических функций женского организма (менструальной, генеративной), поддержания статики тазовых органов. Исключение психической травмы вследствие прекращения менструации, нейрогуморальных изменений из-за отсутствия маточной энтерорецептивности, нарушения половых отношений после удаления матки — все это оправдывает органосохраняющее направление в хирургии матки. В основе реконструктивно-пластических операций на матке и придатках положен принцип сохранения анатомо-функционального комплекса: матка — маточные трубы — яичники — связочный аппарат. Наиболее распространенным типом указанных операций является миомэктомия с удалением миоматозных узлов и резекцией одного или обоих яичников, сальпинголизисом, стомато-пластикой маточных труб, разъединением спаек с односторонним удалением придатков, с удалением подслизистых узлов на ножке влагалищным доступом.

К реконструктивно-пластическим операциям относятся и «полурадикальные»: высокая надвлагалищная ампутация

тация матки; консервативно-пластическая операция с пластикой эндометрия (лоскутный метод); дефундация и срединная резекция матки. Наиболее показана консервативная миомэктомия (паллиативная операция) у женщин в возрасте до 45 лет. В дальнейшем целесообразно проводить больным восстановительное, а впоследствии и профилактическое лечение.

Достоинства консервативной миомэктомии: не приводит к увеличению частоты ранних послеоперационных осложнений; не ухудшает общего состояния больных; не снижает генеративную функцию, а в ряде случаев способствует наступлению беременности, когда единственной причиной бесплодия является миома матки. После консервативной миомэктомии отсутствует гарантия возможного рецидива опухоли, особенно при следующих ситуациях: наличии множества миоматозных узлов; сочетании миомы матки с внутренним эндометриозом; у женщин более молодого возраста. При этом возможность сохранения генеративной функции у молодой женщины более значима, чем риск рецидива опухоли, и делает консервативную миомэктомию оправданной. Принципиально новым положением в консервативно-пластической хирургии матки является разработка и внедрение в клиническую практику реконструктивно-пластической операции с сохранением маточных сосудов у молодых женщин с миомой матки. Цель — профилактика анатомических изменений и нарушений функции яичников, расстройств гомеостаза. Показания и условия к операциям: 1) кровотечение; 2) быстрый рост опухоли; 3) молодой возраст женщины (до 45 лет); 4) размер опухоли до 12—13-недельной беременности.

Для проведения реконструктивно-пластических операций при миоме матки используют CO_2 -лазер (установка «Ромашка-2», максимальная мощность — 20 Вт, минимальный диаметр луча в точке фокуса — 0,4—0,5 мм). Разрезы на матке осуществляют фокусированным лазерным лучом мощностью 16—20 Вт при плотности мощности (ПМ) на тканях от 150 до 15 900 Вт/см². В зависимости от локализации миоматозных узлов разрезы выполняют в области дна матки, на передней и задней стенках, в перешеечной области. При удалении единичных узлов предпочтительно продольное направление разрезов. При множественной миоме матки направление разреза зависит от расположения наибольшего по размерам узла. Узлы после рассечения серозного или серозно-мышечного слоя маточной стенки CO_2 -лазером вылушивают тупым путем. В отдельных случаях с целью дополнительного гемостаза

ложе миоматозного узла обрабатывают расфокусированным лазерным лучом с ПМ 500—600 Вт/см². Небольшие миоматозные узлы (диаметр 0,5—0,8 см) испаряют целиком фокусированным лазерным лучом без дополнительного гемостаза.

Ведение больных миомой матки с нарушением питания в опухоли. Основные принципиальные положения; срочная лапаротомия — показана в случаях диффузного перитонита или сочетания с другой патологией гениталий, требующей неотложной хирургической помощи; интенсивная терапия, которая позволяет проводить отсроченные операции после клинического дообследования и необходимой подготовки больных. Некротические изменения в миоматозных узлах не могут служить показанием к экстирпации матки. Наиболее приемлемый объем операции — консервативная миомэктомия при наличии отдельных субсерозных узлов или надвлагалищная ампутация матки. Основанием для расширения объема операции при данной патологии являются изменения шейки матки или эндометрия.

Реабилитация. Начинают ее в хирургическом стационаре и продолжают в женской консультации. Основная цель — ликвидация воспалительных процессов в малом тазу после операции, уменьшение риска развития вегетоневротических расстройств, атеросклероза, дисгормональных заболеваний гормонально-зависимых органов, соматических заболеваний, ликвидация бесплодия.

Выделяют три этапа реабилитации при миоме матки после операции: *1-й этап* (3—6 мес. после операции). Цель — коррекция послеоперационных осложнений, воспалительных процессов в малом тазу, выявленных при операции эндометриоидных гетеротопий. Средства: антибактериальная терапия, антикоагулянты, ферменты, СПП, АФТ (электрофорез, ультразвук, вибромассаж); *2-й этап* (7—12 мес. после операции). Цель — лечение вегетоневротического синдрома, обменно-эндокринных нарушений, коррекция генитальных и экстрагенитальных заболеваний. Средства: малые нейролептики, транквилизаторы, витамины, по показаниям — дегидратационная и кардиальная терапия, водолечение, ЛФК, АФТ, сбалансированная диета; *3-й этап* (13—24 мес. после операции). Цель — коррекция нарушений обмена веществ. Средства: сбалансированная диета, витамины, водолечение, ЛФК. Ведение послеоперационного периода после миомэктомии представлено в табл. 60.

Табл. 60. Миомэктомия и послеоперационный период (реабилитация)

Цель	Средства реабилитации
Профилактика воспалительных осложнений	Антибактериальная терапия
Улучшение микроциркуляции в оперированном органе	Декстраны, дезагреганты, спазмолитики, витамин Е, производные теофиллина
Восстановление проходимости маточных труб, профилактика спаечного процесса в них при бесплодии в сочетании с миомой матки как единственной причины бесплодия	Лечебные гидротубации с протеолитическими ферментами (противопоказаны при окклюзии маточных труб в интерстициальном и истмическом отделах). Первую проводят во время операции — через ампулярный отдел маточной трубы вводят 125 мг гидрокортизона, 64 ЕД лидазы с новокаином. На 4—5-й день при адекватном обезболивании проводят ежедневно или через день 6—8 гидротубаций с ферментами, чередуя с АФТ (электрофорез кальция, 4—5 процедур), затем УЗ в импульсном режиме (10—15 сеансов). Далее повторные курсы выполняют в течение 3 мес. и на протяжении 6 мес. рекомендуют контрацепцию СПП (минизистон, тризистон, гравистат, триквилар)
Нормализация функционального состояния ГГЯНС	Бальнеотерапия: радоновые воды, йодобромные воды, жемчужные ванны (10—12 процедур на первом этапе лечения — реабилитации), минеральные воды внутрь
Коррекция гормональных сдвигов, сопутствующих миоме матки	Диета, обогащенная белком, витаминами (аскорбиновая кислота во 2-ю фазу, фолиевая кислота — в 1-ю фазу, витамин В ₁ — в середине первой и во 2-ю фазу менструального цикла); седативная терапия: циклофизиолечение (электрофорез меди и цинка по фазам цикла) или электрофорез цинка с середины менструального цикла, 10 сеансов. При отсутствии эффекта от АФТ назначают заместительную гормональную терапию строго по циклу, но с учетом характера гормональных соотношений и активности эстрогенпрогестероновых рецепторов. Длительность — 2—3 мес. Примерные варианты см. ДМК. Поддерживающую терапию проводят 2 раза в год, она включает в основном циклофизиолечение и лишь по показаниям — гормональную терапию

Из других мер реабилитации рекомендуется следующее: 1. *Во время операции*: рациональная схема направления разрезов, соответствующая ходу кровеносных и лимфатических сосудов, мышечных пучков, нервных стволов, уменьшающая кровопотерю и улучшающая репарацию;

замена по возможности дефундации и высокой надвлагалищной ампутации матки межтрубной резекцией матки или сохранение маточных сосудов. 2. *После операции:* средства улучшения микроциркуляции, уменьшения неизбежного раневого воспаления (препараты кальция, аскорбиновая кислота, метилурацил, ультразвук), средства профилактики рецидивов миомы, восстановления менструальной функции (профилактическая электростимуляция шейки матки в течение 4—6 мес. после операции; хориогонин).

В Российском научном центре перинатологии, акушерства и гинекологии восстановительное лечение после оперативного лечения больных миомой матки проводят с учетом деления последствий оперативного вмешательства на ранние и отдаленные. Они соответствуют катаболической и анаболической фазам послеоперационного периода. Лечение также этапное:

1-й этап — комплекс раннего восстановительного лечения, проводимого сразу же после удаления миомы матки. Он включает в себя: восстановление объема циркулирующей крови (особенно эритроцитов); антианемическое лечение в зависимости от уровня гемоглобина, крови и сывороточного железа; витамины (аскорбиновая кислота 5 %-й р-р — по 1 мл в/м 1 раз в сутки, группа В, фолиевая кислота 1—2 г/сут.); препараты калия (оротат, хлорид, аспаркам); повышение сопротивляемости организма к стрессу (растительные седативные средства, транквилизаторы, малые нейролептики). Комплексная профилактика и лечение обострений воспалительных процессов в области малого таза: а) общепринятые схемы антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры; б) после ликвидации острых явлений — протеолитические ферменты, растительные антисептики (микроклизмы календулы, шалфея, ромашки, хлорофиллипта), по показаниям АФТ (электрофорез цинка, йода, PеМП , ультразвук), синтетические прогестины в течение 3—6 мес. по 21-дневной схеме, начиная с первого после операции менструального цикла. Цель назначения СПП — профилактика рецидива, выявленного во время операции сопутствующего эндометриоза;

2-й этап — индивидуально составленная программа реабилитации, направленная на профилактику осложнений или неблагоприятных отдаленных последствий. Главное условие для ее реализации — учет сроков их проявления после операции. Первые три месяца после операции программа реабилитации включает: консультации смежных специалистов (решение вопроса проведения ле-

чения обострений сопутствующих хронических экстрагенитальных заболеваний); режим труда, отдыха, питания, диеты; седативную терапию; поливитамины (курсами по 20 дн. с интервалом в 10 дн.); санаторно-курортное лечение в местном санатории; рассасывающее лечение. Последнее как элемент программы преследует цели: купирование болевого синдрома; ускорение темпов восстановления функции оставленных яичников и шейки матки; урегулирование сложных эндокринных взаимоотношений в организме больных. С рассасывающей целью назначают протеолитические ферменты (свечи с лидазой по 64 ЕД ректально в течение 30 дн., или в/м вводят в течение 7 дн. по 16 ЕД, 7 дн. — по 32 ЕД, 14 дн. — по 64 ЕД лидазы); АФТ (СМТ или ДДТ-электрофорез цинка, йода 2 курса по 20 процедур с 4—6-недельным интервалом; в дальнейшем — ультразвук по общепринятой методике; водолечение — радоновые, йодобромные воды); ЛФК.

Реабилитация через 6 мес. после операции. Осуществляется комплексно. Для коррекции вегетоневротических нарушений используют индивидуально подобранные дозы нейролептиков (назначают на ночь) в сочетании с микродозами транквилизаторов (первая половина дня), другими седативными препаратами (общая длительность нейротропной терапии в среднем 3—4 мес. с интервалом в 1—1,5 мес.). Из АФТ применяют общую франклинизацию (4—5 процедур), далее ее сочетают с гальванизацией шейно-лицевой или воротниковой зоны (по 15 процедур); центральную электроанальгезию или электросон (12—15 процедур); ежедневный контрастный душ, жемчужные, йодобромные, радоновые, хвойные ванны; санаторно-курортное лечение. По показаниям проводят коррекцию гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

При дисгормональных заболеваниях молочных желез назначают препарат йода в сочетании с витамином А (3—6 курсов по 20 дн. каждый с 10-дневным перерывом между ними).

Для устранения обменных нарушений в организме показаны: режим питания (молочно-растительная диета); поливитамины; гипохолестеринемические средства (бетаситостерин — по 6—8 г/сут. в течение 1—2 мес.; мисклерон — по 0,75 г/сут. в течение 20 дн., курс прерывистый (4—6) с интервалом в 1 мес.; продектин — по 0,75 г/сут. в течение 2—4 мес.; диоспонин — по 200 мг/сут. в течение 10 дн. (3—4 курса с 5-дневными интервалами). Данные препараты способствуют ослаблению проявлений сопутствующих заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь); одновременно назначают ненасыщенные жир-

ные кислоты (эссенциале, липостабил — по 2—3 капсулы 3 раза в день в течение 3 мес.; подсолнечное масло и другие масла — соевое, хлопковое, оливковое, кукурузное).

В более отдаленные сроки после операции показан вышеописанный комплекс (после 6 мес.) в виде прерывистых курсов (преимущественно в весенне-осеннее время). При недостаточном эффекте и выраженности вегетоневротических расстройств его дополняют гормональными препаратами — прерывистыми курсами (3—6 мес. каждый). Для гормональной терапии используют: 1) сочетание эстроген/андроген 1:50 в виде масляных растворов в/м ежемесячно в течение 6 мес. с повторением курса после 3-месячного перерыва (данная схема наиболее рациональна); 2) синтетические прогестины в микродозах (1/4—1/8 табл.) от суточной контрацептивной; схему определяют особенностями менструальной функции: при сохранении ее — по 21-дневной схеме; при отсутствии — ежедневно в течение 3—6 мес.; 3) при сочетании синдрома вегетоневротических расстройств с атрофией гениталий наиболее показаны конъюгированные эстрогены (премарин — по 1—2 мг/сут. в течение 2—3 мес., овестин, ливиа — на протяжении 2—3 мес.).

В группах риска возникновения миомы матки (психоэмоциональные нарушения, экстравертированная направленность личности, сильный неуравновешенный тип, слабый тип нервной системы, перенесенные и сопутствующие заболевания печени, аппендэктомия, хронический колит, ожирение, позднее менархе, первичное бесплодие, синдром застойного малого таза, хронические воспалительные процессы гениталий, гиперполименорея, миома матки и (или) поздняя менопауза у родственниц) в современных условиях проводят 2-месячный курс профилактического лечения. Он включает регламентированную диету, адаптогены (элеутерококк, метилурацил), эндоназальный электрофорез с 1 %-м раствором новокаина.

6.4. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперпластические процессы в эндометрии являются относительно частой нозологической формой, которая сочетается с рядом заболеваний (миома матки, генитальный эндометриоз, хронические воспалительные процессы и др.). Наиболее часто применяют следующую классификацию гиперпластических процессов эндометрия: 1) железисто-кистозная гиперплазия эндометрия; 2) железистая гиперплазия эндометрия (ГЭ); 3) атипическая ги-

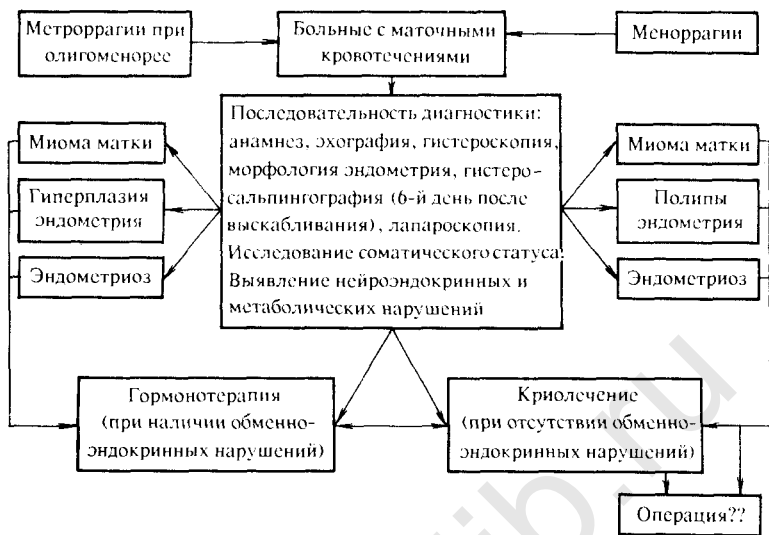


Рис. 13. Врачебная тактика при сочетанных доброкачественных процессах эндо- и миометрия у женщин репродуктивного возраста.

перплазия эндометрия (аденоматоз); 4) полипы эндометрия.

Выделяют следующие *основные направления лечебного воздействия*: ликвидацию патологически измененных тканей; формирование правильного ритма менструаций; коррекцию нарушений энергетического гомеостаза с устранением ановуляции. Врачебная тактика при сочетанных доброкачественных процессах эндо- и миометрия в репродуктивном возрасте представлена на рис. 13.

Фармакотерапия. Цель лечения — формирование правильного ритма менструаций, устранение ановуляции, коррекция нарушений гомеостаза. Формирование правильного менструального цикла осуществляют путем проведения гормональной терапии. Она не требуется, если в соскобе тщательно удалены фиброзные полипы эндометрия, имеется секреторная трансформация и отсутствуют признаки нарушения функции яичников.

Гормонотерапия. Выбор вида, дозы и длительности гормональной терапии определяется степенью эстрогенной насыщенности организма с учетом данных тестов функциональной диагностики. Обязателен учет возраста больных и состояния менструальной функции. Лечение проводят с учетом данных гистологического исследования

состояния эндометрия и наличия сопутствующих гинекологических заболеваний.

Гормональную терапию осуществляют поэтапно. Первый этап преследует цель наступления гемостаза, второй — направлен на регуляцию менструального цикла (табл. 61). Обязательным условием является учет возраста больной. Для успешного лечения гиперпластических процессов эндометрия необходимо руководствоваться данными гистологического исследования структуры эндометрия (табл. 62).

Табл. 61. Гормонотерапия больных гиперпластическими процессами эндометрия в зависимости от возраста

Возраст	Гормональная терапия	
	1-й этап — гемостаз	2-й этап — регуляция цикла
1	2	3

До 45 лет

Синтетические прогестины (СПП) однофазные: 1-й день — по 1 табл. через час (4—5 табл.); 2-й день — по 1 табл. через час (3—4 табл.); 3-й день — по 1 табл. через час (2—3 табл.); 4-й день — по 1 или 2 табл. Затем по 1 табл. в день в течение 21 дня

17-ОПК (12,5 %-й р-р) — по 2 мл в/м ежедневно в течение 3—5 дн.

СПП с 6—5—4 табл. в день, постепенно снижая дозу до 1 табл. в день, всего в течение 21 дня

17-ОПК (12,5 %-й р-р) — по 2 мл в/м ежедневно до остановки кровотечения (3—5 дн.)

СПП по контрацептивной схеме (6 циклов)

Препараты прогестеронового ряда: 17-ОПК (12,5 %-й р-р) — по 2 мл в/м на 14-й или 15-й день цикла (10—12 циклов); или норколут — по 1 табл. в день с 15-го по 26-й день цикла (6—12 мес.)

При сочетании с аденомиозом норколут применяют с 5-го по 26-й день

Для выключения менструальной функции на первом этапе показаны: СПП в постоянном, повышенном режиме — по 1 табл. 2 раза в день, 60 дн. подряд, независимо от месячных; или 17-ОПК (12,5 %-й р-р) — по 2 мл в/м 2 раза в неделю 2 мес.; II этап — андрогены: на 14-й день после последней инъекции 17-ОПК или окончания приема СПП вводят 1 мл сустанона-250

С 46 лет до менопаузы

1	2	3
Менопаузальный		<p>в/м, последующие инъекции — через 30—45—60 дн. после последнего курса</p> <p>17-ОПК — 12,5 %-й р-р по 4 мл в/м 2 раза в неделю (3—4 мес.). При отсутствии эффекта — оперативное лечение</p>

Коррекцию нарушений гомеостаза проводят на третьем этапе диспансерного наблюдения (3—6 мес. после начала лечения) при отсутствии рецидива гиперпластического процесса эндометрия. Основные мероприятия данного этапа следующие: 1. *Нормализация жирового обмена*: соблюдение пищевого режима (питание 7—8 раз в день, ужин не позднее 19 ч, ограничение животных жиров, сахаров). При ожирении назначают адипозин (доза на курс — 1000—1500 ЕД); при гипотиреозе — тиреоидин по 0,05 г (1/2 табл.) в день 10-дневными курсами 2 раза каждый месяц лечения. Обязательной является ЛФК. 2. *Седативная терапия* включает назначение малых нейролептиков (френолон, этаперазин, тиоридазин, трифтазин), антидепрессантов (азафен, триптизол, амитриптилин), транквилизаторов (мезапам днем 2 раза, сибазон — на ночь). 3. Для улучшения функции головного мозга назначают *ноотропные препараты* (циннаризин, пирацетам, ноотропил — при нейроциркуляторной дистонии; кавинтон — при психоэмоциональной лабильности или депрессии; дифенин или хлоракон — при обменном нейроэндокринном синдроме). При наличии гирсутизма с задержкой жидкости проводят терапию верошпироном — по 25—50 мг с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 3 циклов.

Непременным условием успешного лечения гиперпластических процессов эндометрия при хроническом тонзиллите является санация носоглотки. При гиперпластическом процессе эндометрия в постменопаузе (отсутствие гиперэстрогении) показано противовоспалительное лечение — препараты с репаративными и анаболическими свойствами. Для стимуляции анаболических процессов в эндометрии назначают анаболические стероиды (ретаболл, феноболон, неробол, метиландростендиол); циклическую гормонотерапию с соблюдением дозировок, соот-

Табл. 62. Методика проведения, контроля и диспансерного наблюдения при гормональном лечении гиперпластических процессов эндометрия

Структура эндометрия	Возраст	Лечение			Контроль и наблюдение
		препараты	методика	длительность, мес.	
1	2	3	4	5	6

Железистая или железисто-кислотная гиперплазия эндометрия

До 40 лет

1-й этап—гестагены:

17-ОПК

По 250 мг в/м на 16-й и (или) 18-й день

прогестерон

По 10 мг с 16-го по 25-й день

6—9

норколут или

По 5—10 мг идентично

комбинированные эстроген-гестагенные препараты

По 1 табл. с 5-го по 25-й день

3

2-й этап:

кломифен

По 50 мг с 5-го по 9-й день цикла

при необходимости с парлоделом

1 табл. с 8-го по 20-й день цикла

3—6

Аспирационная цитология и УЗИ через 3 мес. и по окончании лечения. Раздельное диагностическое выскабливание в цикле отмены 6 мес. приема препаратов. Наблюдение в течение 1 года после стойкой нормализации цикла и структуры эндометрия

1	2	3	4	5	6
		дексаметазон или	По 0,25 мг в день ежедневно		
		хориогонин	От 1500—3000 до 6000 ЕД (на 12, 14, 16-й дни цикла)		
	40—45 лет	Норколут 17-ОПК	По 5 мг с 16-го по 25-й день цикла 250—500 мг в/м на 16-й и (или) 18-й день	9—12 9—12	Наблюдение идентич- но или в течение 1 года стойкой менопаузы
		Прогестерон	По 10 мг с 16-го по 25-й день	9—12	
	46—55 лет	Норколут Метилаандростен- диол	По 5 мг с 16-го по 25-й день цикла По 20 мг с 5-го по 16-й день	9—12 9—12	Не менее 1 года стой- кой постменопаузы
		Тестостерона про- пионат с норколутом	По 50 мг в/м 1 раз в неделю (7, 14, 21-й дни цикла) По 5 мг с 16-го по 25-й день цикла	9—12	
		или прегнином 17-ОПК	По 30 мг По 250—500 мг в/м на 16-й и (или) 18-й день цикла или 2 раза в неделю	6—9 3—6	

Атипическая гиперлазия, аденоматозная гиперлазия эндометрия	Постменопауза	17-ОПК	По 250—500 мг в/м 2 раза в неделю	3—6	Аспирационная цитология и УЗИ через 3 мес. по окончании лечения. 1 год после стойкой нормализации менструального цикла и структуры эндометрия
	До 40 лет	Норэтистерон	По 5—10 мг ежедневно	3—6	
		Тамоксифен или кломифен с норколутом	По 20 мг с 5-го по 9-й день цикла	3—6	Раздельное выскабливание матки в цикле отмены 6 мес. приема препаратов
			По 50—100 мг	9—12	
		17-ОПК или норколут	По 5—10 мг с 16-го по 25-й день цикла	3—6	Наблюдение и обследование идентично. При невозможности аспирационной цитологии выскабливание производят через 3 мес. от начала лечения. Чаще наблюдения продолжают в течение 1 года стойкой постменопаузы. Наблюдение осуществляется не менее 1 года стойкой постменопаузы
			По 500 мг в/м на 14, 17, 21-й день		
		Комбинированные ОК	По 10 мг с 16-го по 25-й день	3—6	
			По 1 табл. в циклическом режиме		
	40—55 лет	17-ОПК	По 500 мг в/м 2 раза в неделю	3—6	Наблюдение и обследование идентично. При невозможности аспирационной цитологии выскабливание производят через 3 мес. от начала лечения. Чаще наблюдения продолжают в течение 1 года стойкой постменопаузы. Наблюдение осуществляется не менее 1 года стойкой постменопаузы
			Норколут	По 5—10 мг с 16-го по 25-й день менструального цикла	
		Тамоксифен с норколутом или прогестероном	По 20—40 мг с 5-го по 9-й день	3—6	
			По 5 мг/сут. на 16—25-й день цикла	3—6	
			По 25 мг/сут. в/м на 16, 18, 20, 22-й дни менструального цикла	3—6	

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Постменопауза

17-ОПК

По 500 мг в/м 2 раза
в неделю

3—6

Норэтистерон

По 5—10 мг ежедневно

3—6

Рецидив аденоматоза

У женщин репродуктивного возраста альтернативой является морфологическая диагностика структуры яичников. В переходном или постменопаузальном возрасте показано удаление матки с придатками

ветствующих уровню гормонов при естественном менструальном цикле; продигозан в/м в дни внутриматочных инстилляций. Анаболические стероиды и половые гормоны применяют до 3 мес. с последующим контролем (радиоизотопный, цитологический); местно — 8 инстилляций в полость матки через день с димексидом, гидрокортизоном, ферментами.

При сочетании ЖГЭ с воспалительными процессами гениталий показаны: 1) комплексная антибактериальная терапия (антибиотики с учетом антибиограммы эндоцервикса и (или) полости матки); трихопол, нистатин (в дни трех следующих после кюретажа менструаций); 2) цикло-витаминотерапия (группа В и фолиевая кислота — в первую фазу цикла; аскорбиновая кислота, витамин А, Е — во вторую фазу цикла) на протяжении трех менструальных циклов; 3) иммуномодуляторы (декарис — по 50 мг с 8-го по 10-й день менструального цикла, не менее 2—3 циклов); 4) возможно по показаниям использование АФТ (лекарственный электрофорез) и бальнеотерапии (радоновые и йодобромные ванны). Контрольные тесты проводят через 3—6 мес. лечения. При недостаточном эффекте терапии важно оценить функцию яичников (УЗИ, пневмоперитонеум, лапароскопия). Лечение предрака эндометрия в сочетании с различными гинекологическими заболеваниями в различные возрастные периоды женщины представлено в табл. 63—65.

Табл. 63. Схема лечения больных предраком эндометрия в репродуктивном и перименопаузальном возрасте

Особенности патогенеза и клиники предрака эндометрия	Методы лечения и контроля
1	2

Аденоматоз на фоне диэнцефального нейроэндокринного синдрома. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия на фоне диэнцефального нейрообменно-эндокринного синдрома

Лечебная диета с ограничением калорийности до 3000—3500 ккал, ограничением поваренной соли, преимущественно белковым рационом с пятиразовым приемом пищи

Эстроген-гестагенные препараты — в контрацептивном режиме в течение 10—12 мес.

Витаминотерапия: В₆ — в виде 5 %-го раствора по 1 мл через день в/м, курс 20 инъекций

Гипотензивная терапия: резерпин — по 0,25 мг 2 раза в день в течение 2 мес. вместе с транквилизаторами

1	2
<p>Аденоматоз на фоне нейрообменно-эндокринного синдрома с вторичным поликистозом яичников или гормонально-активной опухолью яичников</p>	<p><i>Диуретики:</i> верошпирон — по 1 табл. (25 мг) 2 раза в день в течение 2 мес; или гипотиазид — по 25—50 мг 2 раза в неделю; хлорид калия — по 2,0—3,0 г в день, курс 2 мес.</p> <p><i>Немедикаментозное лечение</i> — эндоназальный электрофорез витамина В₁, 30 процедур или гальванический «воротник» (по А. Е. Щербаку)</p> <p>При невозможности приема СПП (противопоказания, непереносимость) используют 17-ОПК — по 2 мл 12,5 %-го раствора в/м (250 мг) с 12-го по 18-й день условного менструального цикла, 10—12 мес. Тесты контроля эффективности — см. табл. 63</p> <p>Частичная клиновидная резекция яичников при вторичном поликистозе; удаление опухоли яичника</p>
<p>Аденоматоз без явлений нейрообменно-эндокринного синдрома (измененная рецепция эндометрия)</p>	<p>Витамин В₆ — по 1 мл 5 %-го раствора в/м через день, 20 инъекций</p> <p>Диуретики, транквилизаторы (2 мес.)</p> <p><i>Гормональная терапия:</i> 17-ОПК — по 2 мл 12,5 %-го раствора (250 мг) в/м с 12-го по 18-й день условного менструального цикла (5—6 мес.) под контролем тех же тестов (см. табл. 63).</p> <p><i>Гормональная терапия:</i> 17-ОПК — по 1 мл 12,5 %-го раствора (125 мг) в/м ежедневно в течение 4 мес. После контрольного исследования эффективности лечения с помощью Р³² и гистологии аспирата эндометрия при благоприятной динамике заболевания назначают 17-ОПК — по 2 мл (250 мг) 12,5 %-го раствора в/м с 12-го по 18-й день еще 6—8 мес.</p> <p>При воспалительном генезе заболевания показано лечение антибиотиками, анаболическими, ферментами</p> <p>Десенсибилизирующие средства назначают вместе с антибиотиками и витамином С</p>
	<p>Микроклизмы с хлоридом кальция (3%-й раствор) и отваром ромашки (15—20 процедур)</p>

1	2
Рецидивирующий аденоматоз	<p><i>Гормональная терапия:</i> 17-ОПК — по 1 мл 12,5 %-го раствора (125 мг) ежедневно в течение 6—8 мес. Через 3 мес. показано контрольное исследование (цитология, гистероскопия, радиоизотопное, УЗИ). При благоприятной динамике терапию продолжают; при неблагоприятной — больную направляют в стационар для дообследования и решения вопроса оперативного лечения. После 6—8 мес. курса непрерывной терапии 17-ОПК проводят биопсию эндометрия. При положительной динамике заболевания лечение продолжают до 12 мес. (17-ОПК — по 1 мл в/м 3 раза в неделю). Если при биопсии эндометрия обнаружен аденоматоз — показано оперативное лечение</p>
Аденоматоз в сочетании с миомой матки, аденомиозом, кистой яичников	Показания к оперативному лечению расширяются
Аденоматоз в сочетании с бесплодием ановуляторного генеза	<p>СПП в циклическом режиме (4 цикла) или 17-ОПК по 250 мг в/м с 12-го по 18-й день условного цикла (4 курса)</p> <p>Далее индукция овуляции кломифеном 50 мг с 5-го по 15-й день (3 мес.) и АФТ (эндоназальный электрофорез)</p>

Табл. 64. Схема лечения больных предраком эндометрия в период климакса

Особенности патогенеза	Методы лечения
1	2
Аденоматоз или рецидивирующая гиперплазия эндометрия на фоне нейроэндокринного синдрома	<p>Лечебная диета</p> <p><i>Гормональная терапия:</i> 17-ОПК — по 125 мг в/м ежедневно в течение 4—5 мес. Контроль аспирата эндометрия на цитологию, УЗИ через 3 мес. При благоприятном течении вводят 17-ОПК по 125 мг через день в течение 7—8 мес. Контрольная биопсия эндометрия спустя 6 мес. от начала лечения. При рецидиве заболевания — оперативное лечение (пангистерэктомия)</p> <p>Одновременно с гормонотерапией последовательно назначают витамины В₆ по 1 мл в/м 5 %-го раствора через день, 20 дн.; далес — диуретики (2 мес.), транквилизаторы (2 мес.), гальванический воротник (по А. Е. Шербаку), диуретики (2 мес.)</p>

1	2
Аденоматоз без проявлений нейрообменно-эндокринного синдрома	Лечение 17-ОПК (по 125 мг ежедневно в течение 4 мес.), контрольные тесты, продолжение лечения — 17-ОПК (125 мг в/м через день еще в течение 7—8 мес.). Биопсия эндометрия через 6 мес. от начала лечения и в конце его
Рецидивирующий аденоматоз	Оперативное лечение — пангистерэктомия или надвлагалищная ампутация матки с придатками после тщательной кольпоскопии
Аденоматоз в сочетании с миомой матки, эндометриозом, гормонально-активной опухолью яичников	Оперативное лечение пангистерэктомии или надвлагалищная ампутация матки с придатками

Табл. 65. Схема лечения больных предраком эндометрия в период менопаузы

Особенности патогенеза и клиники заболевания	Лечение и контроль за состоянием эндометрия
Аденоматоз	Оперативное лечение, метод выбора — пангистерэктомия
Аденоматоз в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией	Гормонотерапия: 17-ОПК — по 125 мг в день в/м в течение 5 мес. Через 3 мес. тесты контроля (цитология аспирата, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия). При благоприятном результате лечения 17-ОПК продолжают до 11—12 мес. При безуспешной консервативной терапии — лазерная деструкция эндометрия или оперативное лечение
Рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия или в сочетании с миомой матки, кистой, кистой яичников	Тактика та же Оперативное лечение, метод выбора — пангистерэктомия

Немедикаментозное лечение. Используют как аппаратную физиотерапию, бальнеолечение, так и нетрадиционные методы терапии (рефлексотерапия, лазерное лечение, баротерапия, фитотерапия). Основные лечебные воздействия и методы их применения детально изложены в соответствующих разделах (см. ДМК; Гинекологические синдромы; Миома матки; Эндометриоз; Воспалительные процессы).

Хирургическое лечение. Предусматривает выполнение одного из ведущих принципов терапии гиперпластических процессов эндометрия — разрушение патологической ткани. Основные используемые при этом методы следующие:

1. Выскабливание слизистой оболочки матки под контролем гистероскопии. Если выскабливание выполнено в последние 1—3 мес., то повторно оно показано при отсутствии эффекта от других общепринятых консервативных методов гемостаза, при неясности диагноза и подозрении на злокачественный рост.

2. Криохирургия гиперплазированного эндометрия. Должна быть дифференцированной, используют тотальную или прицельную криодеструкцию наконечником диаметром 6 мм при температуре криовоздействия -170°C , -196°C . В связи с риском рецидивирования гиперпластического процесса после операции требуется соответствующая профилактика (во время реабилитации). После криохирургии эндометрия отмечается болевой синдром (2—4 ч), длительные водянистые выделения (7—30 дн.), иногда с примесью крови. Восстановление менструальной функции при тотальном замораживании эндометрия происходит в течение 2—3 мес.

3. Лазерная деструкция эндометрия (см. *Миома матки*).

4. Лапаротомия. Показания: а) отсутствие эффекта от консервативного лечения гиперпластического процесса (переход гиперплазии эндометрия в атипическую форму, рецидив ее); б) сочетание гиперпластического процесса эндометрия с патологией матки (миома, аденомиоз), яичников (поликистоз, гормонально-активные опухоли), шейки матки (эпителиальные дисплазии, эндоцервикозы); в) возраст женщины (менопауза); г) отсутствие эффекта от гормонального лечения. Объем операции: гистерэктомия (экстирпация матки), реже надвлагалищная ампутация матки с придатками. При первичных поликистозных яичниках и отсутствии эффекта от консервативного лечения показана клиновидная резекция яичников, ее проводят также на втором этапе лечения вторичных поликистозных яичников.

5. Метод Грамматикати — носит паллиативный характер (см. *ДМК*).

Полипы эндометрия

Это дисгормональное заболевание. Тактика лечения определяется возрастом женщины, видом полипа, функциональным состоянием эндометрия, яичников, сопутст-

вующей гинекологической и экстрагенитальной патологией.

1. При полипах эндометрия (железисто-фиброзные, фиброзные и покрытые функциональным слоем) у женщин репродуктивного возраста и в постменопаузе показаны: удаление полипа под контролем гистероскопии; динамическое наблюдение (выяснение катамнеза); гинекологическое обследование; эхографический контроль. Одновременно с полипэктомией проводят лечение сопутствующих гинекологических заболеваний. При внутреннем эндометриозе I—II степени распространения рекомендуют СПП в циклическом режиме в течение 9—12 мес. При ановуляции используют следующие препараты: СПП циклически или чистые гестагены во вторую фазу искусственно созданного цикла: норколут — по 5 мг с 16-го по 25-й день; 17-ОПК — по 250 мг на 16-й и 21-й день цикла в течение 4—6 мес.; стимуляторы овуляции (кломифен) — начальная доза 50 мг с 5-го по 9-й день цикла.

2. При полипах эндометрия на фоне гиперплазии слизистой тела матки применяют: раздельное диагностическое выскабливание слизистой эндометрия и тела матки под контролем гистероскопии; лечение чистыми гестагенами пролонгированного действия: 17-ОПК — по 250 мг 2 раза в неделю в течение 6 мес. (железистая, железисто-кистозная гиперплазия) и по 500 мг 3 раза в неделю в течение 6 мес. (атипическая гиперплазия, очаговый аденоматоз); тщательный эндоскопический контроль за состоянием слизистой матки и при необходимости — повторное гистологическое исследование соскоба эндометрия.

3. При аденоматозных полипах или полипах с очаговым аденоматозом целесообразно лечение только «чистыми» гестагенами: в репродуктивном возрасте норколут — по 5—10 мг/сут. во вторую фазу цикла, или 17-ОПК — по 250 мг в/м на 16-й и 21-й дни цикла в течение 9—12 мес.; в постменопаузе — 17-ОПК в непрерывном режиме — по 500 мг (4 ампулы) в/м через день в течение 3 мес., затем дозу уменьшают с учетом состояния эндометрия (данные гистероскопии, гистологического исследования). Цитограмма аспирата из полости матки является малоинформативной.

Во всех случаях после удаления полипов эндометрия обязателен динамический контроль с помощью гистероскопии для оценки полноты удаления полипа, для выявления рецидивов.

6.5. ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

По определению ВОЗ она включает простой, пролиферирующий, инвазивный пузырьный занос и хориокарциному как последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний. Лечение больных трофобластической болезнью (ТБ) определяется морфологическим диагнозом, степенью выраженности клинических симптомов заболевания. Выделяют доброкачественную форму ТБ (пузырный занос), потенциально злокачественную (деструктурирующий пузырьный занос) и злокачественную (хориокарцинома).

Пузырный занос. Цель лечения — профилактика возникновения злокачественных форм трофобластической болезни. **Фармакотерапия.** Включает в себя следующее лечение: медикаментозное удаление пузырьного заноса (ПЗ) с помощью окситоцина и простагландинов, вводимых внутривенно капельно; проведение химиотерапии после удаления пузырьного заноса. Основные показания: 1) высокие показатели хориогонина (ХГ) в течение 4—8 нед. после удаления (в сыворотке крови — более 20 000 МЕ/л, в моче — свыше 30 000 МЕ/л); 2) постоянное повышение уровня ХГ, наблюдаемое в любой отрезок времени после эвакуации ПЗ при трехкратном исследовании в течение одного месяца; 3) гистологическое подтверждение хориокарциномы после устранения ПЗ и (или) обнаружение метастазов.

Выделяют монохимиотерапию и полихимиотерапию. **Показания к монохимиотерапии:** опухоли, ограниченные пределами матки; возраст женщины моложе 45 лет; длительность заболевания меньше 6 мес. с момента последней нормальной менструации; небольшие размеры опухоли матки (увеличение матки до размеров, не превышающих ее величину при 8-недельной беременности). Применяют следующие химиопрепараты: актиномицин Д — по 10—13 мкг в/в ежедневно, курс 5 дн.; метотрексат — по 0,2—0,4 мг/кг массы тела в/в или в/м ежедневно в течение 5 дн. Повторные курсы проводят с интервалами в 7—10 дн., количество их определяется клиническими данными и тестом ХГ.

Полихимиотерапия показана при: 1) неэффективности монохимиотерапии (плато или возрастание ХГ); 2) наличии метастазов; 3) длительности симптомов заболевания свыше 6 мес.; 4) связи начала заболевания ТБ с родами; 5) наличии в анамнезе повторных пузырьных заносов.

Используют основные режимы лечения: метотрексат — 1 мг/кг в/в + актиномицин Д — 10 мкг/кг в/в + цикло-

фосфамид — 200 мг в/м ежедневно (курс 5 дн., интервал между курсами 12—14 дн.); метотрексат — 1 мг/кг в/в + актиномицин Д — 10—13 мкг/кг в/в (курс 5 дн., интервал 2 нед.); метотрексат — 1 мг/кг в/в + 6-меркаптопурин — 250 мг внутрь (интервал 10—12 дн.). После ликвидации признаков заболевания проводят 3 курса профилактического лечения. Во время лечения обязательна в течение 1 года стероидная контрацепция.

При ведении больных с пузырьным заносом практикуют два подхода: наблюдение при клиническом благополучии и отсутствии повышения ХГ через 2 мес. после эвакуации пузырьного заноса, стероидная контрацепция (СПП) 1 год, определение ХГ 1 раз в 2 мес., при повышенном уровне ХГ показана монокимиотерапия; профилактическая химиотерапия теми же препаратами всех больных.

Хирургическое лечение. Наиболее часто применяют следующие виды оперативного лечения: инструментальную эвакуацию пузырьного заноса (методом выбора является вакуум-аспирация с последующим гистологическим исследованием); экстирпацию матки без придатков (показана только по жизненным показаниям — при кровотечении и у многолетних больных в возрасте старше 35 лет).

Инвазивный (деструктирующий) пузырьный занос, хорионэпителиома без метастазов. Принципы лечения обеих форм ТБ сходны. На результаты лечения злокачественных форм ТБ влияют следующие факторы: течение заболевания до лечения; длительность существования симптомов; размеры матки; уровень ХГ; наличие метастазов, их локализация и размеры; выбор адекватного метода лечения; чувствительность опухоли к противоопухолевым препаратам. Прогностически неблагоприятны: наличие ПЗ у больной в возрасте старше 40 лет, отягощенный акушерский анамнез (большое количество самопроизвольных абортов), длительность заболевания и большое количество выскабливаний полости матки, большие размеры матки, высокий уровень ХГ, наличие множественных метастазов, возникновение хориокарциномы во второй половине беременности, наличие лютеиновых кист.

Фармакотерапия. Используют как монокимиотерапию, так и полихимиотерапию с обязательной стероидной контрацепцией в течение 1 года. Схемы химиотерапии однотипны с таковыми при пузырьном заносе.

Хирургическое лечение. Основной вид оперативного вмешательства — экстирпация матки. Показания

к удалению матки на первом этапе лечения: 1) угроза профузного маточного кровотечения; 2) перфорация матки; 3) разрыв матки опухолью; 4) большие размеры опухоли матки (более срока 12-недельной беременности); 5) возраст женщины старше 45 лет (удаляют также придатки); 6) на втором этапе лечения операцию применяют при отсутствии успеха после 3 курсов полихимиотерапии независимо от возраста.

Хориокарцинома с метастазами. При благоприятном прогнозе лечение начинают с монохимиотерапии (см. *Пузырный занос*); при неблагоприятном — с полихимиотерапии. Используют адриамицин, цисплатин, винкристин, сарколизин и другие препараты. Дальнейшее лечение больных индивидуализировано.

Хирургическое лечение. Применяют экстирпацию матки с придатками — при первичной или вторичной резистентности опухоли к химиотерапии, особенно в группе с неблагоприятным прогнозом. При наличии солитарных метастазов в легких при излеченности первичной опухоли химиотерапией или хирургическим методом показана клиновидная резекция легкого. Если операцию производят на первом этапе, но не по жизненным показаниям, в предоперационном периоде вводят химиопрепараты (в течение одной недели), используя один из режимов.

Реабилитация. После удаления ПЗ титр хориогонина становится отрицательным или к концу 3-й недели снижается до минимального. Продолжающиеся кровянистые выделения из половых путей, увеличение титра ХГ или его стабильность спустя 60 дн. после эвакуации ПЗ являются признаками развития злокачественных форм ТБ. Лютеиновые кисты в яичниках следует рассматривать как один из факторов риска малигнизации пузырного заноса, требующий обязательного проведения монохимиотерапии.

Больным после удаления ПЗ в течение 2 мес. необходимо еженедельно, а затем в течение года ежемесячно определять уровень ХГ, ежемесячно проводить гинекологическое исследование и один раз в месяц, а затем в 2—3 мес. — рентгенологическое исследование легких. Длительность динамического наблюдения составляет 2 года. Стероидную контрацепцию необходимо проводить для предупреждения наступления беременности и подавления гонадотропной функции гипофиза (снижение ХГ). Больным, перенесшим пузырный занос, рекомендуется воздержание от беременности в течение 2 лет, а при хориокарциноме — от 2,5 до 3 лет.



Рис. 14. Схема тактики лечения больных фиброзно-кистозной мастопатией.

6.6. МАСТОПАТИЯ

Это фиброзно-кистозное заболевание, характеризующееся спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов. Цель лечения — устранение пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы, нормализация соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов в ней. Терапия при фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) должна быть направлена на уменьшение клинических проявлений заболевания, своевременное выявление и устранение узловатых форм, кистозных форм заболевания (онкологическая настороженность) и носить причинный характер на основе системного подхода. Лечение ФКМ разделяют на консервативное (осуществляют гинеколог и маммолог) и хирургическое (проводит маммолог). Выбор тактики лечения больных ФКМ представлен на схеме (рис. 14).

В консервативном лечении ФКМ выделяют фармакотерапию (табл. 66) и немедикаментозное лечение. Консервативную терапию проводят только после консультации

онколога (маммолога) и исключения злокачественных заболеваний молочных желез, пролиферативных изменений эпителия их, кальцинатов в ткани железы.

Табл. 66. Медикаментозные комплексы, применяемые при фармакотерапии фиброзно-кистозной мастопатии

Но- мер ком- плекса	Состав	Группа больных
1	Витамины, адаптогены, седатики	Без выраженных нарушений менструального цикла и сопутствующих заболеваний
2	То же + дегидратационная терапия	Предменструальный синдром
3	То же + нейролептики + транквилизаторы	Нервно-психические расстройства
4	Прогестины + андрогены + антиэстрогены	НЛФ, гиперэстрогения
5	Прогестины + препараты эстрогенного действия	НЛФ, гипозэстрогения
6	Прогестины	НЛФ
7	Специальные средства	Сопутствующий хронический сальпингооофорит; без выраженных нарушений менструальной функции
8	Специальные средства + 0,25 %-й р-р катия йодида	Сопутствующий сальпингооофорит, гиперэстрогения
9	Йодиды + антиэстрогены	Сопутствующая хроническая кистозная дегенерация яичников
10	Гепатопротекторы, гепатотропные вещества	Патология печени, желчных путей
11	Холестикинептики, желчегонные и антиинфекционные средства	Патология желчных путей
12	Тиреоидин + препараты эстрогенного и прогестагенного действия	Сопутствующий гипотиреоз

Показания к консервативному лечению: 1) диффузная мастопатия (преобладание железистого, фиброзного компонента); 2) кистозная мастопатия с отсутствием пролиферации при аспирационной биопсии; 3) смешанные формы диффузной мастопатии.

Общие рекомендации больным ФКМ: исключить из диеты метилксантины (кофе, шоколад, чай); не курить (никотин,

как и кофеин, стимулирует прогрессирование фиброаденоматоза); нежелательны аборт, интенсивный загар, физиотерапевтические процедуры на грудную клетку (электрофорез), радоновые ванны. Целесообразен открытый физиологический (половой) режим — введение ВМС или рекомендация наступления беременности.

Фармакотерапия. Должна быть причинной, этапной, дифференцированной, комплексной. Методы патогенетической терапии ФКМ указаны в табл. 67. Витамины А, Е, С, В₁, В₆, РР назначают по схеме. Полный курс начинают с введения в/м витамина В₁ (60—120 мг) и С (100—500 мг) одновременно, чередуя через день с витамином В₆ (50—100 мг) на протяжении 1,5 мес. Далее назначают поливитамины в порошках (аскорбиновая кислота 200—500 мг, никотиновая кислота 40—50 мг, тиамин-бромид 10—20 мг, рибофлавин 10—20 мг, пиридоксин 10—20 мг (в сочетании в одном порошке с димедролом — 10—20 мг, лактатом кальция — 300—500 мг, глюкозой — 300—500 мг). Первые две недели назначают по 3 порошка в день, затем две недели — 2 порошка и далее оставшиеся порошки (всего 100) — по одному в день; на заключительном этапе — ретинола ацетат по 50 000—100 000 ЕД 1 раз в сутки после еды в течение 1—1,5 мес. Полный курс витаминотерапии (4,5—5 мес.) повторяют спустя 4—6 мес. Витамин Е показан при ФКМ в сочетании с НЛФ, гиперпролактинемией — по 50—100 мг/сут. в середине секреторной фазы.

Табл. 67. Методы патогенетической терапии больных с фиброно-кистозной мастопатией

Методы	Мероприятия	Контингент больных
Ликвидация сопутствующих заболеваний	Лечение у гинеколога	Больные с патологическими изменениями гениталий и других внутренних органов
Оздоровительные	Аэротерапия, гидротерапия, бальнеотерапия	Все категории
Устранение перенапряжения ЦНС	Устранение бытовых конфликтов. Изменение психологического климата. Разрешение сексуальных конфликтов	Больные с ФМК и изменениями нервно-психической сферы
Психотерапия	Лечение у психотерапевта. Аутогенная тренировка	То же

1	2	3
Медикаментозная терапия	Витамины, дегидратация, микроэлементы, седация, нормализация тканевого обмена, антигистаминные средства, адаптогены, гормонотерапия (андрогены, прогестины, эстрогены), тиреоидтерапия, нормализация функции печени и желчных путей	См. табл. 67
Хирургическое лечение	Секторальная резекция молочной железы, гемимастэктомия, подкожная мастэктомия	Локализованные формы ФКМ, множественные локализованные формы фиброденоматоза

Психотерапия и аутогенная тренировка. Должны быть направлены на личность больной и дополняться обязательно седативной терапией. У больных до 40 лет без выраженных нервно-психических расстройств вначале применяют одно из следующих средств: микстура Кватера — по 1 ст. ложке 2—3 раза в день; капли Морозова — по 20 капель 2—3 раза в день; настойка валерианы, пустырника — по 20 капель 2—3 раза в день; бромкамфора — по 0,25 г 2—3 раза в день на протяжении 1—1,5 мес. По показаниям такие курсы повторяют. В случаях недостаточной эффективности присоединяют транквилизаторы и нейролептики, назначаемые психоневрологом. Адаптогены (элеутерококк, лимонник, левзею) назначают повторными курсами по 1,5—2 мес. с интервалом в 2—6 мес.; микродозы йода в комплексной терапии в виде 0,25 %-го р-ра йодистого калия — по 10 мл (1 ч. ложка) 1—4 раза в день (после еды, запивать молоком) в течение 6—12 мес. с перерывами во время менструации. Более эффективны пилюли Шерешевского или препарат микройод, принимаемые 3 раза в день тремя 20-дневными курсами с 10-дневными перерывами. Возможно использование 10 %-го спиртового раствора йода — в виде мелкочаистой сетки, наносимой через день на молочные железы, исключая околососковую гиперпигментированную зону, во второй фазе менструального цикла. Абсолютное противопоказание для йода — заболевание печени, относительное — гипоестрогения.

Гормональная терапия. Наиболее показана при гиперпластических изменениях железистого компонента

тканей железы. Принципы гормонотерапии идентичны, как и при лечении других гормонозависимых заболеваний (учет возраста, типа ФКМ, выраженности сопутствующих патологических процессов в организме).

Общие принципы выбора гормонального препарата:

1. Строгий учет возраста больной. Молодым женщинам (до 35—40 лет) наиболее показаны СПП, в менопаузе — гестагены, в возрасте старше 50 лет — андрогены. 2. Учет характера фиброзно-кистозной мастопатии: сочетание ее с предменструальным отеком молочной железы является показанием к назначению парлодела; при смешанной форме с выраженными изменениями в железе препаратом выбора является тамоксифен; при аденозе — ингибиторы простагландинов. Гестагены применяют во второй фазе менструального цикла. Предпочтителен норколут — по 5 мг/сут. с 1-го по 25-й день цикла или прегнин — по 0,02 г 3 раза в день в течение 6—9 мес.; прогестерон вводят по 10 мг 1 %-го р-ра в/м во вторую фазу цикла (курсовая доза 100 мг), или по 25 мг 2,5 %-го р-ра в/м на 21, 23, 24, 26-й дни менструального цикла; 17-ОПК — по 1 мл (125 мг) 12,5 %-го р-ра в/м на 17-й и 21-й дни цикла (курсовая доза 250 мг).

Андрогенные препараты назначают женщинам старше 45—48 лет и при гиперэстрогенных состояниях; метилтестостерон — по 5—10 мг (1—2 табл.) 3 раза в день под язык с 16-го по 25-й день цикла в течение первых 3 мес., затем по 5 мг/сут. ежедневно в те же дни еще 3 мес. Общая длительность лечения может составлять до 8—10 мес.; тестобромлецит — аналогично во вторую фазу менструального цикла; антигонадотропины (даназол, данол, дановал) — по 200—400 мг/сут. в течение 3—6 мес. Лечение наиболее эффективно при сочетании ФКМ с генитальным эндометриозом. Антиэстрогены (тамоксифен, зитазоним) назначают в дозе 10—20 мг/сут. ежедневно с 5-го по 25-й день трех менструальных циклов. У больных с аменореей и в постменопаузе непрерывно в течение 3 мес. показан тамоксифен — по 20 мг/сут.

Эстроген-гестагенные препараты (с высоким содержанием гестагенного компонента — ригевидон, марвелон, гравистат, минизистон) для лечения ФКМ у женщин до 35—40 лет применяют по контрацептивной схеме в течение 6—12 мес. Наиболее приемлемы СПП, в которых содержание этинилэстрадиола не превышает 0,03 мг, или 1/2 табл. любого другого СПП, содержащего 0,05 мг этинилэстрадиола. Парлодел (антагонист пролактина) назначают при ФКМ с преобладанием кистозных изменений в железе и выраженной масталгией (боли, отделяемое из

нее) — по 5—7,5 мг/сут. непрерывно в течение 3—4 мес., затем еще 3—4 мес. по 5 мг/сут. с 16-го по 25-й день цикла; кроме парлодела используют *L*-Дофа — по 65—124 мг 4 раза в день после еды в течение 1, 3, 6 мес.

Симптоматическое лечение. Показано для снятия болезненных ощущений в молочных железах, усиливающихся перед менструацией. Наиболее приемлемы ингибиторы простагландинов (см. *Альгодисменорея*); антагонисты альдостерона (верошпирон — по 25 мг 2 раза в день во вторую фазу цикла); антиоксиданты (витамин Е). Непременным условием успешного лечения ФКМ является терапия сопутствующих заболеваний половых органов (сальпингооофорит, фолликулярные кисты яичников, эндометриоз, миома матки) как компонент комплексной терапии. Одновременно проводят лечение, направленное на устранение дисфункции щитовидной железы, печени, надпочечников, желчной системы.

Немедикаментозное лечение. Иглорефлексо-терапия показана при сочетании ФКМ с хроническим рецидивирующим воспалительным процессом матки и придатков. Лечение основано на купировании обострения воспалительного процесса как одной из причин, ухудшающей течение мастопатии. Лечение проводят курсами: первый — 12—15 процедур, проводят ежедневно. Стальные иглы вводят в активные точки общего воздействия и сегментарные — верхних грудных и поясничных сегментов и соответствующие аурикулярные точки; второй курс (закрепляющий) — 10—12 амбулаторных процедур. Кроме ИРТ используют немедикаментозную терапию, соответствующую нозологической форме сопутствующего заболевания мастопатии.

Хирургическое лечение. Применяют при кистозных формах ФКМ с наличием пролиферации, геморрагического содержимого; при диффузных формах — при наличии известковых включений; при узловатой форме ФКМ.

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

7.1. НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Принято выделять преждевременное половое созревание и задержку полового созревания.

Преждевременное половое созревание

Под преждевременным половым созреванием (ППС) понимают появление вторичных половых признаков (ВПП) до 7 лет и менструаций до 10 лет. Выделяют изосексуальную (ВПП соответствуют полу ребенка) и гетеросексуальную (ВПП противоположны полу ребенка) формы ППС. Независимо от генеза заболевания различают еще полную и неполную формы ППС. Полная проявляется развитием ВПП и менструаций, неполная — наличием хотя бы одного из ВПП при отсутствии менструаций.

Преждевременное половое созревание по женскому типу (изосексуальный тип полового развития). Цель лечения состоит в устранении церебральных нарушений, возникших как следствие патологических процессов преимущественно органического или функционального характера с одновременным торможением ППС. Принципы ведения и терапевтические мероприятия при нарушениях полового развития зависят от формы заболевания и уровня гормональной регуляции, на котором реализуется то или иное поражение.

Центральный генез заболевания. Большое значение в профилактике ППС данного типа имеет борьба с интранатальной и антенатальной патологией (гипоксия плода, асфиксия в родах, родовая травма). Она оказывает непосредственное повреждающее действие и создает благоприятный фон для воздействия токсического, инфекционного факторов в период новорожденности и в раннем детском возрасте. Все мероприятия должны быть направлены на лечение дизэнцефальной патологии: дегидратационная терапия, витамины, АФТ. При выявлении гамартотомы (компьютерная томография) проводят консервативное гормо-

нальное лечение. При изолированном транзиторном телархе (увеличение молочных желез) в возрасте от 2 до 4 лет применение любого вида терапии у данного контингента девочек нецелесообразно. Показано диспансерное наблюдение детского гинеколога до наступления периода полового созревания (до 4 лет 1 раз в полгода, после 4 лет — 1 раз в год), профилактика вирусных заболеваний, болезней органов дыхания, воздержание от прививок (кроме полиомиелита) до полного исчезновения проявлений ППС. Пациентки с изолированным ранним телархе должны находиться под наблюдением детского гинеколога (1 раз в полгода) до завершения пубертатного возраста. При истинном ППС у больных отсутствуют нарушения менструальной функции, наступает в раннем возрасте фертильность, сроки менопаузы соответствуют физиологическим параметрам (т. е. увеличивается генеративный период). По достижении репродуктивного возраста данные пациентки страдают низкорослостью (рост 130—150 см).

Фармакотерапия. Гормональная терапия направлена на торможение ППС, улучшение прогноза окончательного роста больных, улучшение социальной адаптации больных среди сверстников и взрослых. Основным показанием к гормонотерапии является полная форма ППС с проявлением ВПП и менструаций в возрасте до 3 лет. Это наиболее тяжелый контингент больных с ППС: появление ВПП и менструаций в раннем возрасте, быстрое закрытие зон роста, появление феминных черт в фигуре маленькой девочки делают невозможным пребывание ее в детском коллективе. Для гормональной терапии применяют препараты прогестеронового ряда (медроксипрогестерона капронат, хломацинона ацетат, 17-ОПК); синтетические прогестины («*Diane-35*», андрокур), сигетин; синтетические аналоги люлиберина. Медроксипрогестерона капронат назначают в дозе 100—200 мг/сут. каждые 10—14 дн. в течение 2—6 мес., иногда дозу увеличивают до 200—300 мг/сут. (подавляет телархе, менструацию, но не тормозит процесс созревания костей). Препаратами выбора являются антиандрогены — ципротерона ацетат (андрокур), «*Diane-35*». Андрокур назначают внутрь, дозу подбирают индивидуально, она колеблется от 25 до 100 мг/сут. При дозах 50—75 мг/сут. у девочек наступает регресс ВПП, стабилизируются темпы дифференцировки костного скелета, предупреждается низкорослость. Отмену препарата следует проводить постепенно, как и препаратов кортизола. Сигетин назначают в возрастных дозировках в течение 2—3 месяцев. Агонист гонадотропин-ри-

лизинг-гормона (ГТ-РГ) бузерелин вводят ежедневно по 400—600 мг интраназально для «гипофизарной десенсибилизации» и подавления пубертатного уровня гонадотропинов и половых стероидов. Допустима комбинированная терапия агонистом ГТ-РГ и андрокуром на начальных этапах лечения. Агонист ГТ-РГ обладает в начале терапии стимулирующим действием, которое нивелируется андрокуром. Впоследствии андрокур отменяют. Наблюдение за пациентками, получающими гормоны, должно осуществляться в высокоспециализированных учреждениях не реже 1 раза в полгода до конца периода полового созревания и установления регулярного менструального цикла после отмены терапии, которая должна продолжаться не менее 8 лет. Девочкам с полной формой ППС и появлением клинических симптомов в сроки, близкие к физиологическому периоду полового созревания (6—8 лет), учитывая благоприятные результаты отдаленных наблюдений, гормональная терапия не показана. Ребенок 1 раз в год наблюдается у детского гинеколога, невропатолога до конца периода полового созревания. Симптоматическую терапию назначают по показаниям.

Яичниковый генез ППС. При наличии гормонально-активной опухоли яичников показано оперативное лечение. Объем операции зависит от морфогенеза опухоли с учетом юного возраста пациентки. Обычно после удаления опухоли спустя 2 нед. исчезают признаки ППС. Для профилактики рецидива опухоли в оставшемся яичнике девочка должна находиться под постоянным контролем. При выявлении фолликулярной кисты яичника тактика гинеколога должна быть выжидательной вследствие функционального характера нарушений, кратковременности существования кисты. Исключение составляют пациентки с длительным увеличением размеров яичников при невозможности исключения гормонально-активной опухоли. Хирургическое вмешательство показано не позже, чем через 2 мес. тщательного наблюдения за больной.

Немедикаментозное лечение. Для сдерживания развития ВПП наиболее часто применяют фитотерапию — свежеприготовленный картофельный сок внутрь (2 ст. ложки в день) в течение 2—3 мес.

Преждевременное половое созревание по мужскому типу (гетеросексуальный тип полового развития). Характеризуется преждевременным адренархе (появлением лобкового оволосения у девочек в возрасте до 8—9 лет), часто возникающим как результат врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) или адреногенитального синдрома (АГС).

Фармакотерапия. Заместительная терапия препаратами кортизола является методом выбора. При этом компенсируется надпочечниковая недостаточность и подавляется избыточная секреция андрогенов. Лечение проводят постоянно, пожизненно. В начале лечения необходима дексаметазоновая проба (большие дозы препарата) с последующим индивидуальным подбором лечебной дозы дексаметазона или преднизолона. Учитывают обязательно уровень 17-КС мочи, костный возраст ребенка, степень вирилизации к началу лечения. Дозу считают адекватной тогда, когда уровень 17-КС в суточной моче остается в пределах нормы. Дозу увеличивают с возрастом и при сопутствующих инфекционных заболеваниях. Длительный прием преднизолона тормозит вирилизацию, приостанавливает быстрый рост и развитие, у девочек наступает феминизация. При солетеряющей форме ВДКН терапию преднизолоном дополняют введением внутрь поваренной соли и ДОКСА.

Хирургическое лечение. Проводят одновременно с терапией глюкокортикоидами в виде пластики наружных половых органов (ампутация гипертрофированного клитора — до 3—5 лет; рассечение уrogenитального синуса — в 10—12 лет).

Задержка полового созревания

На задержку полового созревания (ЗПС) указывает отсутствие или недоразвитие ВПП у девочек в 13—14 лет и отсутствие менструаций в 15—16 лет. Выделяют ЗПС центрального и яичникового генеза.

Центральный генез ЗПС. Лечение сложное, четко отработанных схем терапии не существует. Однако она должна быть комплексной и предусматривать: 1) ликвидацию хронических воспалительных процессов; 2) нормализацию состояния ЦНС; 3) лечение экстрагенитальной патологии, сопровождающейся гипогонадотропным гипогонадизмом; 4) специальное лечение опухолевых процессов в ЦНС; 5) общеукрепляющее лечение; 6) цикловитаминотерапию; 7) циклическую физиотерапию.

Фармакотерапия. Циклическая витаминотерапия включает применение комплекса витаминов группы В, фолиевой (по 0,02 г) и глютаминовой (по 0,25 г) кислот 2—3 раза в сутки. Витамин Е назначают в виде 50 %-го масляного раствора в капсулах по 0,2 мг (1 капсула через день в течение 15 дн., затем по 2—3 капсулы ежедневно в зависимости от массы тела). Аскорбиновую кислоту в дозе 1,0 г/сут. используют в следующие 15 дн. При ЗПС,

обусловленном дефицитом массы тела, показаны высококалорийное питание, ферменты желудочно-кишечного тракта, щадящий режим, психотерапия, психотропные препараты.

Гормонотерапия. Во всех случаях ЗПС (исключение ЗПС на фоне потери массы тела) проводят терапию малыми дозами половых стероидов по общепринятым схемам. Экзогенные эстрогены при этом стимулируют рост молочных желез, матки, выделение ГТ-РГ гипоталамусом. Схема: микрофоллин — по 1/2 табл. (0,025 мг) в сутки в течение 20 дн. с последующим 10-дневным перерывом. Лечение осуществляют в течение 3 мес., затем перерыв на 2 мес. и курс повторяют снова. После появления самостоятельных менструаций и увеличения роста назначают циклическую витаминотерапию в сочетании с гормонами щитовидной железы и по необходимости — дексаметазон (по 1/2 табл.). При гипоталамическом генезе ЗПС широко используют п/к или в/в введение ГТ-РГ в пульсирующем режиме каждые 90 мин. Наиболее целесообразно вводить по 2 мкг препарата с 23 ч 30 мин до 7 ч 30 мин утра (по 12 мкг/сут.) — в течение трех ночей в неделю на протяжении 6 нед. Девушкам старшего возраста, страдающим ЗПС данного генеза, назначают кломифена цитрат. Больным с сочетанием задержки роста, дефицита соматотропного гормона и гонадотропной недостаточности показаны: лечение соматотропином; введение гонадотропинов (префизон или пергонал); гормоны в сочетании с негормональными анаболическими средствами (инозин, оротат калия); ферментами (фестал, панзинорм, абомин); витамины; микроэлементы (сульфат цинка 220 мг/сут.); общеукрепляющая терапия. В большинстве случаев гормональное лечение при ЗПС проводят только по достижении девочкой костного возраста 12 лет.

Немедикаментозное лечение. Целесообразно использование следующей АФТ: эндоназальный электрофорез кальция, витамина В₁, 1 %-го р-ра новокаина; гальванизация воротниковой зоны 2 %-м р-ром натрия бромида; вибромассаж; электровихревые токи на нижние отделы живота (при гипоплазии матки).

Яичниковый генез ЗПС. Обусловлен генетическими нарушениями (типичная, смешанная формы дисгенезии гонад, «чистая» форма дисгенезии гонад с нормальным набором половых хромосом XX или XY, синдром резистентных яичников). Детальное изложение лечения см. *Аменорея*. При типичной форме заболевания с 12—13 лет применяют терапию микрофоллином — по

0,05 мг/сут. в течение 20 дн. и затем перерыв 10 дн. Такое лечение проводят в течение первого года. В дальнейшем, с появлением закономерных менструально-подобных реакций, переходят на циклическую гормональную терапию (микрофоллин — по 0,05 мг/сут. в течение 15 дн., затем туринал — по 10 мг/сут. в течение 6 дн.). В терапии не должно быть перерыва вплоть до окончания пубертатного периода. В это время возможно использование СПП (нон-овлон) — по 1/2 табл., а с окончанием формирования ВПП и прекращением роста эстрогены заменяют на препараты растительного происхождения с эстрогеноподобным действием (тефэстрол — по 0,01 г/сут. или 2 табл. в день).

Нарушения полового развития при потере массы тела

Недостаточная масса тела задерживает половое созревание, нарушает течение пубертатного периода в целом. Снижение массы тела на фоне косметической диеты у подростков влечет за собой прекращение менструаций и уменьшение размеров внутренних половых органов и молочных желез.

Фармакотерапия. Нормализация массы тела является основным условием успешного лечения. Комплекс лечебных воздействий при аменорее вследствие потери массы тела включает: а) рациональную диету, подобранную совместно с врачом, — частое и дробное питание повышенной калорийности с учетом вкусов пациентки; б) по показаниям — ферментные препараты, лечение анацидного гастрита; в) длительную, настойчивую психотерапию на протяжении всего заболевания (некоторые виды суггестии, аутогенная тренировка, условно-рефлекторные и тренинговые методы); г) психотропные препараты (седатики, антидепрессанты); д) при отсутствии эффекта — гормональная терапия синтетическими ГТ-РГ в виде однократных, повторных в/в введений или суточного дробного введения, имитирующего цирхоральный ритм выбросов ЛГ.

Половое созревание девочек и высокорослость

Высокорослость подростков может быть как симптомом заболевания, так и наследуемым признаком. Для терапии высокорослости применяют эстрогены и парлодел. Доза эстрогенов должна быть оптимальной (при ежедневном приеме — 10—15 дн.), затем в течение 10 дн.

назначают гестагены. Интервал между курсами — 5—7 дн. Наилучшим временем для начала терапии эстрогенами у девочек является костный возраст 11—11,5 лет. Эта степень костной зрелости соответствует стадии пубертата R_2Ax_2 . При раннем начале лечения (костный возраст 8—10 лет) показаны более низкие дозы эстрогенов. При костном возрасте 14 лет эффект терапии значительно снижается, а в 15 лет практически отсутствует. Используют следующие эстрогенные препараты: микрофоллин — от 0,05 до 0,10 г/сут., 7,5 мг конъюгированных эстрогенов или местранола — по 50—80 мг/сут. до наступления пубертатного периода. В возрасте 11 лет и более и при начинающемся пубертате доза микрофоллина должна быть 100 мг/сут., местранола — 240 мг/сут. Дополнительно проводят лечение норэтистерона ацетатом — по 5 мг/сут. в течение 10 дн. Эстрогены пролонгированного действия назначают на 2—3 цикла — по 1 мг в неделю в первый месяц лечения и затем, независимо от степени развития ВПП, по 2 мг в неделю на 4-й и 11-й дни менструального цикла. С 18-го по 25-й дни цикла используют гестагены (норэтистерона ацетат) — по 10 мг/сут. В качестве парентеральной аппликационной схемы назначают эстрадиола валерианат — по 10—20 мг в неделю 3 нед. подряд и 17-ОПК — по 250 мг на 4-й неделе. Для контроля терапии каждые 6 мес. проводят измерение длины тела, степени развития ВПП, определение костного возраста. Для торможения роста и увеличения скорости созревания скелета назначают парлодел — по 5—7,5 мг/сут. девочкам 11—16 лет, ростом более 180 см, в течение 9—15 мес. Парлодел наиболее пригоден для терапии конституциональной высокорослости.

7.2. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ИНФАНТИЛИЗМ

Это недоразвитие (анатомическое и гистологическое) половых органов, сопровождающееся гипофункцией яичников; может сочетаться с общим недоразвитием. Цель лечения — устранение недоразвития половых органов и различных нарушений в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка. Задачи лечения: 1) повышение общей физиологической «устойчивости» женщины; 2) совершенствование адаптационно-приспособительных механизмов организма; 3) улучшение системы регуляции репродуктивной функции женщины. Терапию проводят дифференцированно в зависимости от патогенетической формы заболевания и гормонального статуса больной (табл. 68).

Табл. 68. Методы патогенетической терапии генитального инфантилизма

Форма заболевания	Методы лечения	
	фармакотерапия	немедикаментозное лечение
1	2	3

Центральная (гипоталамо-гипофизарная без гиперпролактинемии)

Префизон — по 25 — 50 ЕД в/м в 1-ю фазу менструального цикла (при аменорее — условно по календарю) ежедневно (через день), всего 8—10 инъекций. Затем назначают хориогонин — по 2500—3000 ЕД в/м на 12, 14, 15, 16, 18-й дни менструального цикла

Клостилбегит (аналоги) — по 50 мг/сут. с 5-го по 9-й день цикла. Или кломифен идентично, затем микрофоллин по 0,05 мг 2—3 раза в день до 14—16-го дня цикла. Или кломифен идентично, затем спустя 7 дн. в/м вводят эстрадиола дипропионат 0,1 %-й р-р — по 1 мл (т. е. до 16-го дня)

Синтетические прогестины в циклическом режиме прерывистыми курсами, 2 курса подряд с интервалом 7 дн., далее перерыв 2—3 мес. Нон-овлон назначают по схеме: 1-я и 2-я нед. — по 1 табл. в день, 3-я и 4-я нед. — по 2 табл. в день, 5, 6, 7-я нед. — по 3 табл. в день (аналогично назначают бисекурин), демулен и другие монофазные СПП

Периферическая (яичниково-маточная)

1. При дисгенезии гонад (за исключением 46, ХУ кариотипа) и подавлении яичников (поражении) в детстве с глубокой недостаточностью эстрогенов лечение проводят в два этапа: I этап (до периода полового созревания) — тиреостатин — по 0,025 — 0,05 г/сут., метиландростендиол — по 0,01 г/сут через день в течение 20 дн. с перерывом 10 дн., всего 4—6 курсов, после чего делают перерыв на 2—3 мес. Общая длительность терапии

Общие оздоровительные мероприятия: режим труда и отдыха, рациональное трудоустройство, психотерапия, полноценное питание, витаминотерапия

Повышение общей реактивности и защитно-приспособительной способности организма (ЛФК, аэротерапия, адаптогены)

Коррекция нарушений центральной и вегетативной нервной системы

Непрямая электро-стимуляция гипофизарно-гипоталамической системы

Электрофорез новокаина на зону верхних симпатических ганглиев (по С. Н. Давыдову)

Эндоназальная гальванизация и электрофорез кальция и витамина В₁ (по Г. Н. Кассилю)

Продольная диатермия головного мозга в сочетании с гальваническим воротником (по А. Е. Шербак)

Тепловые процедуры на область малого таза (бальнеогрязелечение, озокерит, парафиновые аппликации, индуктофорез, СМТ, токи надтональной частоты)

1	2	3
	<p>2—3 года. Затем в течение 1,5—2 лет проводят лечение прерывистыми курсами эстрогенов пролонгированного действия по 20 дн. с перерывом 10 дн., после каждых 3 курсов перерыв 2 мес.; II этап — циклическая гормональная терапия 4 курса в год с интервалом 2—3 мес. Длительность этапа 1—2 года</p> <p>2. При синдроме «гипопластических яичников» подготовительную терапию одними эстрогенами проводят в течение 2—3 мес.; в дальнейшем назначают циклическую терапию половыми гормонами. Вначале проводят 2—3 курса подряд, далее перерыв 1—4 мес. По показаниям курс повторяют до 1,5—2 лет с постепенным уменьшением дозы. Для улучшения рецепции назначают фолиевую кислоту (0,06 г/сут.) в первую фазу, в период овуляции и во вторую фазу—тиреоидин по 25—50 мг/сут. и витамин Е 50—100 мг/сут.</p>	<p>Терапевтическое применение внутриматочной спирали (ВМС)</p> <p>Электростимуляция шейки матки (по С. Н. Давыдову), курс — 7—10 процедур, начиная с 10, 12-го дня цикла 4—5 дней подряд, а далее через день до 23, 24-го дня цикла</p> <p>Вакуум-терапия (по Т. И. Степановой)</p> <p>Гальванизация области молочных желез</p> <p>Ультразвуковая терапия на область малого таза, электрофорез меди на низ живота в 1-ю фазу цикла</p> <p>Гинекологический массаж</p> <p>Иглорефлексотерапия</p> <p>Гипербарическая оксигенация</p>

Основные принципы проведения комплексной терапии. Чем менее выражены симптомы заболевания, тем выше эффективность физиобальнеотерапии и тем менее необходимость применения половых гормонов. Если первый курс немедикаментозного лечения не повышает эндокринную активность яичников, при проведении одного-двух последующих курсов используют дополнительно половые стероиды. При умеренной (КПИ от 10 до 30 %) и выраженной (КПИ 0—10 %) гипофункции яичников начинают одновременно с применением половых гормонов и немедикаментозных факторов. При глубокой и умеренной гипофункции яичников лечение этапное: 1-й этап — микрофоллин по 1—1/2 табл. внутрь 2 раза в день 2—3 мес., 2-й — циклическая гормонотерапия по общепринятым схемам (см. ДМК) на протяжении 3—6

менструальных циклов. При наличии у больной нерезкой (КПИ 30—50 %) гипофункции яичников лечение как на первом этапе не проводят.

7.3. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Отличаются большим разнообразием. Различают следующие виды пороков: агенезию (полное отсутствие органа), аплазию (отсутствие большей или меньшей части органа), атрезию (заращение просвета полой трубки на уровне внутреннего или наружного зева матки, различных отделов влагалища и девственной плевы, просвета цервикального канала).

Значительная часть пороков развития не нуждается в хирургической коррекции, так как при этом не нарушаются менструальная и детородная функции, а также сексуальная жизнь. В случае нарушения перечисленных функций показано оперативное лечение аномалий гениталий. При этом возраст вмешательства определяется не видом аномалии, а целью, которую преследует оперативное пособие. Главными являются: условия для сексуальной жизни, нормальная менструальная и детородная функция. При аплазии матки и влагалища реконструктивные вмешательства могут быть отсрочены до наступления брачного возраста (т. е. за 2—3 мес. до вступления в брак). При атрезии влагалища, шейки матки и функционирующей матке операция с целью сохранения оттока менструальной крови должна проводиться немедленно во избежание развития эндометриоза внутренних половых органов. При клинике «острого живота» у девочек в пубертатный период необходимо предоперационное обследование гинекологом и его участие в операции. Операции при аномалиях половых органов должны выполняться в высококвалифицированных лечебных учреждениях.

Пороки развития матки

Цель лечения — устранение порока развития матки, восстановление детородной функции. Показания — невынашивание беременности и бесплодие в браке.

Хирургическое лечение. Это основной метод лечения. При асимметричных пороках развития матки хирургическому лечению подлежат больные с нарушением или задержкой оттока менструальной крови. Операция заключается в удалении функционально неполноценного рога, что приводит к исчезновению болевого синдрома и является мерой профилактики развития эндометриоза и

беременности в рудиментарном роге матки. Оперативное лечение показано в начале фолликулярной фазы менструального цикла. Выбор вмешательства определяется степенью выраженности и толщиной перегородки. При неполной перегородке матки проводят клиновидное иссечение ее (операция Джонса) или, как и в случаях с полной перегородкой матки, срединную двухлопастную метропластику (операция Томпкинса). Наличие двурогой матки является показанием к операции Штрассмана (поперечное рассечение дна матки с наложением двухрядных швов в переднезаднем направлении). При полном удвоении матки или полной перегородке матки и влагалища выполняют двухэтапную операцию: на первом этапе — рассечение перегородки влагалища, на втором (через 6—8 мес.) — метропластику. В случаях сочетания порока развития матки с трубным бесплодием (после выкидышей) показана пластическая операция на маточных трубах с одновременной метропластикой.

Реабилитация. После операции всем больным в сформированную единую полость матки вводят полихлорвиниловый протектор до первой менструации (профилактика синехий) с циклической гормональной терапией. Обязательное условие — проведение контрольной гистеросальпингографии водорастворимым контрастным веществом после очередной менструации. В течение 6 мес. необходимо соблюдение контрацепции.

Пороки развития влагалища

При аплазии влагалища основной метод терапии — хирургическое вмешательство. Его проводят после разрешения перспективы половой жизни. Выделяют следующие разновидности кольпопоза.

Бескровный кольпопоз. Проводят кольпоэлонгатором; метод основан на способности тканей растягиваться под влиянием регулярного дозированного давления, не превышающего пределы эластичности и адаптационной способности ткани. Обычно проводят 2 курса лечения по 30 процедур каждый с месячным перерывом между ними для восстановления трофики тканей. Основной недостаток — длительность терапии, недостаточное увлажнение стенок созданного влагалища, возможность возвращения растянутой стенки вагины при отсутствии давления до уровня преддверия.

Брюшинный кольпопоз. Дает вполне удовлетворительные результаты. Наилучшим вариантом брюшинного кольпопоза является одноэтапный метод С. Н.

Давыдова и А. Г. Курбановой. При наличии сопутствующей миомы матки, рудиментарной матки, опухолей яичников показан двухэтапный вариант кольпопоза.

Комбинированный метод кольпопоза. Предполагает сочетание бескровного метода, но предпочтительно проведение бужирования аппаратным методом, что менее трудоемко, более эффективно, атравматично. На втором этапе производят хирургическое лечение в виде вульвовагинопластики. Данная операция позволяет снизить до минимума риск осложнений в ходе операции и послеоперационном периоде и сократить время операции и госпитализации. Комбинированный метод наиболее приемлем у женщин, живущих половой жизнью, при хорошей эластичности тканей преддверия влагалища и промежности, наличии участков слизистой с поперечной складчатостью. Спустя 2 нед. в течение 6—8 нед. проводят курс аппаратного бужирования вновь созданного влагалища.

Реабилитация. В послеоперационном периоде, начиная с 4—6-го дня, с помощью створчатых зеркал во влагалище вливают 15 мл 20 %-го р-ра буры в глицерине. Затем зеркала извлекают, в преддверие влагалища вводят два ватных шарика и больная с приподнятым тазом должна находиться в постели 1,5—2 ч. Такие вливания повторяют каждые 3—4 дня. Всего до момента выписки (12—14-й день после операции) производят 3—4 вливания. Затем необходима регулярная половая жизнь. После вульвовагинопластики показан тщательный туалет раны промежности, промывание ее антисептическими растворами, назначают физиотерапевтические (кварц, ультразвук) и нетрадиционные (гелий-неоновый, ИК-лазер) методы, при необходимости — антибиотики. Швы снимают на 5-е сут.

7.4. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Выделяют следующие виды аномалий положения половых органов у женщины: опущение стенок влагалища и матки, выпадение матки, ретрофлексия и патологическая антефлексия матки.

Опущение и выпадение матки

Смещение книзу влагалища и матки может происходить одновременно, либо смещение влагалища может

наблюдаться и без смещения матки. Однако не может быть такого положения, чтобы смещение книзу матки не сопровождалось смещением влагалища. Принято выделять три степени смещений влагалища книзу: 1) опущение передней стенки влагалища, задней или обеих вместе (во всех случаях стенки не выходят за пределы входа во влагалище); 2) выпадение передней, задней или обеих стенок (при этом стенки влагалища выходят наружу от влагалищного входа); 3) полное выпадение влагалища, которое сопровождается также и выпадением матки.

Смещения матки книзу подразделяют на следующие: 1) опущение матки или опущение шейки матки (последняя шейкой достигает уровня входа во влагалище); 2) начинающееся выпадение матки или выпадение шейки матки при натуживании или без него (вне половой щели определяется свисающая шейка матки); 3) неполное выпадение матки (вне половой щели определяется не только шейка, но и часть тела или все тело матки, за исключением дна); 4) полное выпадение матки.

Цель лечения — устранение несостоятельности мышц тазового дна, как основной причины заболевания. В практике гинекологии различают неоперативные (консервативные) и хирургические методы лечения указанной патологии.

Консервативное (неоперативное) лечение. Показания: 1) начальные стадии заболевания (опущение передней и задней стенок влагалища при отсутствии признаков цистоцеле и ректоцеле); 2) как предварительный этап при подготовке больных к хирургическому вмешательству; 3) наличие абсолютных противопоказаний к операции у лиц старшего возраста. В ходе подготовки к оперативному вмешательству необходимы лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, санация мочевых путей, устранение патологических процессов в половых органах. Целесообразно назначение в течение 7—10 дн. овестина — 2 мг/сут., синапаузе — 4 мг/сут., эстриола — 0,5—2,0 мг/сут. (доза на курс — 20 мг). Эстриола сукцинат принимают по 4 мг/сут. в течение 7 дн. Суммарно период подготовки к операции длится от 8 до 12 дней. В комплексе неоперативного лечения рекомендуются сбалансированное питание, трудоустройство (исключение работы, сопряженной с подъемом и ношением тяжестей), специальная лечебная гимнастика, АФТ. Непременным условием является терапия вторичных изменений шейки матки и стенок влагалища (гипертрофии и элонгации, декубитальных язв, полипов).

Для лечения декубитальных язв на стенках влагалища показана фармакотерапия (введение в подслизистый слой небольших доз эстрогенов — 1000—10 000 ЕД; мазевые аппликации с биостимуляторами — апилаком, метилурацилом, ацемином, пропоцеумом, мазью Конькова) и немедикаментозные методы (облучение зоны пролежня расфокусированным пучком ГНЛ — ПМ до 150 мВт/см² длительно до 18—20 сеансов; сочетание с гелий-кадмиевым лазером; ИК-лазер). У отдельных больных заживление наступает после лазерной вапоризации зоны пролежня (СО₂-лазер) с последующей стимуляцией ГНЛ.

Из прочих методов консервативного лечения используют специальные влагалищные пессарии *Meyer* (ортопедический метод) или введение с утра во влагалище самодельного ватно-марлевого тампона. Эти методы носят паллиативный характер, требуют строгого соблюдения личной гигиены (антисептические спринцевания).

Хирургическое лечение. При выборе метода следует определить причину данной патологии (конкретизация терапии), выяснить, является ли она травмой поддерживающего аппарата или пострадал также более или менее существенно подвешивающий (связочный) аппарат внутренних половых органов.

При опущении матки и стенок влагалища с образованием цисто- и ректоцеле, неполном выпадении матки показана пластика передней и задней стенки влагалища и леваторопластика; при наличии патологии шейки матки дополнительно производят ампутацию шейки матки (по *Штурмдорфу*). При неполном выпадении матки и стенок влагалища в сочетании (или при отсутствии сочетания) с удлинением шейки матки, полным выпадении матки у женщин до 60 лет, живущих половой жизнью, показана манчестерская операция. У молодых женщин она возможна в том случае, если уже не планируют роды. При полном выпадении матки в возрасте старше 60 лет с наличием декубитальных язв на шейке матки, с дряблостью мышц передней брюшной стенки, патологическими изменениями шейки и тела матки производят влагалищную экстирпацию матки без придатков (по *Мейо*). Ее сочетают с пластикой задней стенки влагалища и леваторопластикой. В случаях неполного (полного) выпадения матки и стенок влагалища в особо пожилом возрасте (65—85 лет) и при наличии сопутствующих заболеваний показана срединная кольпоррафия. Обязательное условие — полное заживление пролежней, отсутствие заболеваний шейки матки. При сочетании опущения стенок влагалища с миомой

матки, патологией шейки матки и невозможностью влагалищной экстирпации матки (большие размеры миомы, неподвижность матки, подозрение на опухоль яичника) предпочтительна экстирпация матки с фиксацией культи влагалища к кардиальным и крестцово-маточным связкам и укорочение круглых связок. В дальнейшем при необходимости возможна пластика стенок влагалища с леватопластикой. Идентично лечение при сочетании опущения (выпадения) матки, стенок влагалища с опухолями яичников.

Реабилитация. В первые дни после операции больной назначают обезболивающие средства, коррекцию гомеостаза, мероприятия по профилактике пневмонии и тромбоза, лечение сопутствующих заболеваний. Обязательной является лечебная физкультура, раннее вставание больной (в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний — на 7—9-й день после операции). Швы с промежности снимают на 5—7-й день после операции.

Уход за областью швов на промежности: обработка 1—2 раза в сутки раствором антисептика (бриллиантовый зеленый 1—2 %-й р-р, 5—7 %-й р-р перманганата калия); с 7-го дня после снятия швов показано промывание влагалища с помощью резинового катетера 3 %-м р-ром перекиси водорода; с 10—11-го дня — спринцевания влагалища слабым раствором калия перманганата. Выписывают больных после полного заживления швов, восстановления всех функций соседних органов (на 15—18-й день после операции).

Ретрофлексия матки

Это загиб матки кзади. При бессимптомном течении специального лечения не требуется. Его проводят в тех случаях, когда ретродевиация матки сопровождается болевым синдромом, нарушением менструальной, репродуктивной функции. При этом необходима ликвидация заболеваний, сопутствующих ретродевиации матки или причинно обуславливающих ее. При спасчном процессе рекомендуется гинекологический массаж в сочетании с АФТ, грязелечением. Если систематическое повторное консервативное лечение не дает положительного эффекта, возникает необходимость хирургического лечения. Наиболее часто хирургическую коррекцию ретрофлексии матки выполняют в качестве сопутствующего мероприятия при оперативном лечении других заболеваний.

Патологическая антефлексия матки

Лечение должно быть направлено на устранение основного заболевания (противовоспалительная терапия, коррекция гипофункции яичников).

8

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

8.1. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Под термином «недержание мочи при напряжении» (НМПН), или «стрессовое недержание мочи», понимают состояние с клинически регистрируемым, не контролируемым волей больной истечением мочи из уретры. Оно возникает в связи с повышением внутрибрюшного давления и создает гигиенические, социальные и медицинские проблемы. НМПН может расцениваться как симптом, причина и условие. Заболевание связано с патологическими родами, опущением и выпадением матки, перенесенными оперативными вмешательствами на гениталиях. Цель лечения — устранение нейромышечной дисфункции мочевого пузыря, ликвидация анатомической и функциональной недостаточности его запирающего аппарата. Лечение НМПН может быть консервативным и хирургическим.

Основные условия перед выбором схемы терапии НМПН:

1) исключение у больных инфекционных и органических поражений мочевыводящих путей; 2) обязательная консультация уролога; 3) проведение минимума обследований (уретроцистоскопия, экскреторная урография, уретроцистография, трехкратный посев мочи для определения флоры). Показания к неоперативной коррекции различных форм НМПН: повышенный риск оперативного лечения, рецидив заболевания (сохранение иннервации мочеполювых органов), легкая форма патологии.

Фармакотерапия. Предусматривает воздействие на сфинктерную систему мочевого пузыря и уретры, восстановление равновесия между деструзором и сфинктерами мочевого пузыря. Антихолинэстеразные препараты: прозерин внутрь — по 0,015 г 3 раза в день в течение 1,5 мес.

Целесообразно сочетание его с АТФ (1 мл 0,1 %-го р-ра) и витаминами (В₁ — 6 %-й р-р по 1 мл, В₁₂ — 0,05 %-й р-р по 1 мл). Из других препаратов этой группы используют атропин, платифиллин, гоматропин; из адреномиметиков — эфедрин по 25 мг 3 раза в день. При нарушении сна разовая доза должна быть уменьшена до 10 мг. Возможно назначение красавки, мезатона, норадреналина, метантеллина бромид (бантин). При достаточной эстрогенной насыщенности у женщин старшего и пожилого возраста назначают симпатолитики (бетанехол, допамин, неосинефрин, лидодрен, орнид в среднетерапевтических дозах). Гормональная терапия является методом выбора у больных в период климакса и менопаузы. Наиболее часто назначают эстрогены в виде микрофоллина по 15 мкг/сут. внутрь 3 раза ежедневно с перерывом в конце недели на протяжении 6 мес. При сохранении менструальной функции у больных с заметно нарастающими симптомами НМПН перед месячными в течение 3 мес. применяют 0,1 %-й р-р эстрадиола дипропионата — по 1 мл с трехдневными интервалами. При НМПН в климактерическом возрасте и отсутствии цистоцеле, опущения и выпадения матки показаны СПП (ригевидон — по 1 табл., нон-овлон, бисекурин — по 1/2 табл.); допустимы андрогены пролонгированного действия (омнадрен, тестенат, сустанон). В комплексе лечения показаны общетонизирующие вещества, тканевая терапия, алкалоиды (эрготал, стрихнин).

Местное лечение. Применяют туширование уретры и шейки пузыря 1 %-м р-ром нитрата серебра (10—12 сеансов через каждые 2—3 дня); введение по ходу уретры и шейки мочевого пузыря тefлоновой пасты, фибринового биопласта; новокаиновые блокады «нижнего нерва мочевого пузыря» (40 мл 0,5 %-го р-ра новокаина вводят 5—6 раз через день). После блокады в течение 10—12 дн. назначают метацин — по 2 мг 3 раза внутрь, транквилизаторы — 2—3 раза в день, на ночь — снотворнос. Используют также «химическую денервацию мочевого пузыря» — при функциональных вариантах НМПН. Для денервации под наркозом используют по 20 мл 33 %-го р-ра этилового спирта с каждой стороны. После операции в первые сутки проводят пробную катетеризацию, после мочеиспускания назначают бактериостатическую терапию, метацин, транквилизаторы (курс 10 дн.).

Немедикаментозное лечение. Применяют: вибрационный массаж; гальванический и диадинамический ток; лечебную физкультуру (по *Атабекову — Прибылову* в модификации *Юнусова, Епифанова* в зависимости от стадии заболевания); методы функциональной электрости-

муляции мышц тазового дна, сфинктеров уретры и мочевого пузыря; электробальнеотерапевтические процедуры.

Хирургическое лечение. Наиболее эффективно при НМПН, обусловленном нарушением функции сфинктеров, и малозначимо при недостаточности детрузора, заболеваниях центральной и периферической нервной системы. Оперативное вмешательство показано при средней и тяжелой степени НМПН в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии. Большинство хирургических методов лечения НМПН направлено на восстановление фиксации и нормального изгиба пузырно-уретрального сегмента. Операции осуществляют влагалищным, абдоминальным и комбинированным доступами. Показания должны быть строго индивидуализированы.

Влагалищный доступ (операция передней кольпоррафии) оправдан при небольшой степени НМПН, когда заболеванию сопутствует уретро- и цистоцеле. В таких случаях вмешательство преследует цель усилить расслабленные или разорванные мышцы в зоне сфинктеров мочевого пузыря и уменьшить диаметр мочеиспускательного канала. Основной принцип абдоминальных операций (*Маршалла—Маркетти—Краатца*) — восстановление анатомических соотношений тканей и нормальной конфигурации передней брюшной стенки путем апоневротической и кожно-подкожной пластики. Комбинированным доступом (*операция Гебель—Штеккеля в модификации Кана*) производят операции, корригирующие пузырно-уретральную анатомию и фиксирующие мышечно-связочный аппарат.

8.2. МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ

Это одно из наиболее тяжелых гинекологических заболеваний, приводящее к стойкой утрате трудоспособности и причиняющее тяжелые моральные и физические страдания больным. Принято выделять акушерские, гинекологические и онкогинекологические мочеполовые свищи. Свищевой ход может соединять различные отделы системы мочеотделения и гениталий. Выделяют консервативное и хирургическое лечение заболевания.

Консервативное лечение (фармакотерапия и немедикаментозное). При пузырно-влагалищных свищах (фистулах) мочу отводят с помощью уретрального катетера. Одновременно производят рыхлую тампонаду влагалища с мазью Вишневского, Конькова, антибактериальными и индифферентными мазями (или лучше эмульсиями).

Большую укладывают на бок, противоположный фистуле (или на живот). Мочевой пузырь регулярно промывают растворами антисептиков (фурацилин 1:5000, нитрат серебра 1:5000, трипсин 50 мг на 5 мл изотонического раствора поваренной соли). Длительность лечения не более 10—12 дн. Из других методов применяют склерозирующую терапию (прижигание краев раны-фистулы настойкой йода, 5—10 %-м р-ром нитрата серебра или диатермокоагуляцию ДЭК) и гальванокаустику.

Пузырно-маточные свищи могут закрываться самостоятельно. Допустимы в период инволюции матки прижигания краев свища 5 %-м р-ром нитрата серебра или ДЭК. При мочеточниково-влагалищных свищах эффективна следующая методика. Лечение осуществляют в первые дни формирования свища (до развития рубцовой ткани). Для этого на 6—8 сут. устанавливают постоянный уретральный катетер с одновременной рассасывающей терапией (ферменты, райц-терапия, кортикостероиды).

Хирургическое лечение. Является наиболее эффективным методом. Оптимальный срок для операции — время полного формирования свищей (через 4—6 мес. после их возникновения). Исключения составляют случаи внезапного опорожнения гнойников в мочевой пузырь. Пузырно-параметральные и пузырно-придатковые свищи, возникающие в результате перфорации гнойника в мочевой пузырь, служат абсолютным показанием к экстренной операции независимо от состояния больной (опасность восходящего пиелонефрита и уросепсиса).

Общие принципы хирургической тактики. Важное значение имеет определение доступа к свищу (трансвагинальный или трансабдоминальный). При всех видах урогенитальных свищей (исключение — пузырно-влагалищные) наиболее целесообразен трансабдоминальный доступ, который позволяет при необходимости выполнить реконструктивно-пластическую операцию на мочевом пузыре и сообщающемся с ним органе. Второй принцип — удаление очага деструкции, гнойно-некротических и рубцовых тканей, максимальная мобилизация мочевого пузыря и мочеточника в области свищевого хода; третий — рациональное и адекватное дренирование зоны деструкции и наложение швов (улучшение оттока раневого секрета, профилактика мочевых отеков).

При мочеточниково-генитальных свищах желательна пластика мочеточника с наложением уретероцистоанастомоза и последующим аспирационно-промывным дренированием (АСПД) для создания условий «сухой» раны. Хирургическая тактика при брюшностеночно-гениталь-

ных свищах включает три обязательных этапа: 1) во всех случаях при любой локализации свища показано полное выделение свищевого хода, его мобилизация и удаление; 2) радикальная или реконструктивно-пластическая операция; 3) АСПД на протяжении 10—12 дн. В последние годы при хирургическом лечении пузырно-влагалищных свищей используют лазерную технику (СО₂-лазер).

8.3. ТРАВМА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Встречается наиболее часто при радикальных операциях по поводу рака шейки матки, миомы матки, эндометриоза. Она распознается или в ходе операции, или после ее окончания (клиника мочевых флегмон, перитонита, острой почечной недостаточности, мочеполовых свищей).

Хирургическое лечение. Это основной метод лечения больной. Его осуществляет уролог или хирург, оперирующий на органах малого таза.

Травма почки. Встречается относительно редко, но требует срочного оперативного вмешательства. В зависимости от характера травмы почечную рану ушивают, резецируют полосу почки или удаляют ее. При ранении почечных сосудов их ушивают нерезорбирующимися нитями, при удалении солитарной почки показаны программированный диализ и трансплантация почки.

Травма мочеточника. Наблюдается при оперативных вмешательствах по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний. Мочеточники перевязывают, прокальвают иглой, раздавливают зажимом, рассекают (полностью или частично) и резецируют. При перевязке уретера лигатуру снимают, при этом быстро восстанавливается пассаж мочи. Перевязка обоих мочеточников влечет за собой острую почечную недостаточность (ОПН) и требует производства билатеральной нефростомии. В случаях трудностей подхода к травмированной зоне, невозможности освобождения мочеточников от лигатур технически проще выполнить уретеростомию *in situ*. При неполном рассечении мочеточника на рану накладывают 2—3 тонких кетгутовых шва и к травмированной зоне подводят дренажную трубку. Полное рассечение тазового отдела мочеточника (размножение его) требует наложения уретеро-уретероанастомоза или перекрестного мочеточниково-мочеточникового анастомоза.

Условия успеха пластической операции: 1) рассеченные концы мочеточников должны быть освежены и точно

сопоставлены; 2) избегать натяжения в месте соединения; 3) в качестве шовного материала применять резорбирующие нити (кетгут); 4) обязательно дренировать операционное ложе. Общепринята при травме дистального отдела мочеточника операция уретероцистостомии с постоянным катетером Фоли в мочевом пузыре через уретру (8—10 дн.). При обширных поражениях тазового отдела мочеточника показана операция Боари, кишечная пластика мочеточника. Все вышеуказанные операции обеспечивают непрерывность мочевых путей, сохраняют функцию почек. При невозможности восстановления непрерывности верхних мочевых путей мочеточник временно имплантируют в кожу или производят уретеростомию *in situ*, а далее — пластическую операцию.

Травма мочевого пузыря. Требуется немедленного восстановления его целостности. При повреждении передней стенки последнюю ушивают кетгутом в два этажа и на 2—3 сут. устанавливают уретральный катетер; при повреждении задней стенки (отделение мочевого пузыря от шейки матки), где локализуются устья мочеточников, рассекают переднюю стенку пузыря, обнажают в зеркалах место повреждения, в устья мочеточников вводят катетеры. В последующем ушивают наглухо мочевой пузырь кетгутом в два этажа и вводят на 5—6 сут. уретральный катетер. Если травма коснулась серозных покровов и мышечной оболочки, ушивают травмированную зону. Мочевой пузырь катетеризуют, а паравезикальное пространство дренируют. В случаях поздней диагностики повреждения мочевого пузыря (2—3 сут. после операции, имеется клиника мочевого перитонита) показана релапаротомия, удаление мочи, ушивание дефекта пузыря. При внебрюшинном разрыве его ушивают, паравезикальное пространство дренируют, а ретциевое — накануне ушивания.

Травма уретры. Встречается при оперативном родоразрешении, пластических операциях (ранение стенки или обширные разрушения). Показано ушивание задней стенки уретры на катетере с обязательной цистостомией троакарным методом; при обширных повреждениях уретры пластические операции (*Отта*, *Пецькова*) производят в плановом порядке.

8.4. ЦИСТАЛГИЯ

Это одно из наиболее распространенных расстройств мочеиспускания, при котором разные этиологические факторы вызывают сходные клинические проявления болезни — появление императивных и болезненных позывов

к мочеиспусканию при нормальных анализах мочи. Возникновение этого страдания обусловлено гинекологическими заболеваниями, дисфункцией яичников, нейровегетативными нарушениями. Лечение должно быть дифференцированным. При псевдоцисталгии основным является устранение гормональной дисфункции как причины заболевания. Важное место должны занимать диетотерапия (исключение острых блюд, алкоголя), регулирование режима половой жизни.

Фармакотерапия. Седативные препараты (транквилизаторы, нейролептики) способствуют устранению психической травмы, снятию болей. В упорных случаях заболевания к участию в лечении привлекают психоневрологов. Для ликвидации болевого синдрома показаны анальгезирующие и спазмолитические смеси. При нейровегетативном компоненте заболевания эффективны новокаиновые блокады: пресакральная, паравезикальная, внутрикожная, введение 10—20 мл 0,5—1 %-го р-ра новокаина в различных комбинациях: с 10 мг гидрокортизона в подслизистое пространство (3—5 блокад с интервалом в 2—3 дня); с 1 мл 96° спирта — в область шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника; введение новокаина в губчатое вещество лобковых костей.

Гормональное лечение преследует цель улучшения (нормализации) гормональных соотношений в организме большой с учетом тонуса мочевого пузыря, возраста и степени эстрогемии. При гипотонии мочевого пузыря и гипоэстрогении назначают эстрогены — эстрадиола дипропионата 0,1 %-й р-р по 1 мл в/м 1 раз в неделю (в менопаузе) или циклическую гормонотерапию по общепринятой схеме — женщинам репродуктивного возраста. Для женщин пожилого возраста препаратами выбора являются эстриол, овестин, сигетин. При гипертонусе мочевого пузыря и гиперэстрогении показаны естественные и искусственные андрогены. Обязательное условие — терапия сопутствующих генитальных (воспалительные процессы, миома матки и др.) и экстрагенитальных заболеваний. Из местного лечения используют инстилляции в мочевой пузырь препаратов серебра.

Немедикаментозное лечение. Применяют лечебную гимнастику, аэротерапию (прогулки), СМТ-электрофорез или лекарственный (ферменты, глюкокортикоиды) СМТ-электрофорез на область мочевого пузыря (15—20 процедур, 2—3 курса с интервалом в 3—4 мес.). Иглорефлексотерапию осуществляют в утреннее время воздействием на ТА: VГЗ, VГ4, R3(6), RP6, иногда V28. Метод воздействия слабый (1-й сеанс) или средней силы.

Схема: 1-й день воздействуют на ТА *RP6, VG3* симметрично; 2-й — на *RP6, VG3*; 3-й — на *R3(6), VG3*; 4-й — на *R3(6), VG4*; 5-й — на *R3(6), RP6* и дополнительно на *AT92*; 6-й на ТА *V28, AT92, RP6*; 7-й — на *R3(6), VG3*; 8-й — на *V28, RP6*; 9-й — на *VG4, AT92*; 10-й день — на *RP6, VG3, R3(6)* — в преклимактерическом и климактерическом периоде; *V28* (при болях в пояснице и крестце). Количество сеансов можно увеличить до 18—20, всего 1—2 курса.

Большое значение в выборе варианта ИРТ цисталгии играет *акупунктурная диагностика*. Используют два направления в проведении лечения: первое — нормализация функции каналов мочевого пузыря и почек; второе — лечение невроза с применением ТА каналов сердца и тонкой кишки или каналов перикарда и трех частей туловища. Первое направление — каналы почек (*R1, R3, R5, R4*) и канал мочевого пузыря (*V65, V40, V64, V39, V63*) с дополнением *F1, RP3, VB41, E36* и локально-сегментарных точек акупунктуры — «шу» спины и «му» каналов почек и мочевого пузыря (*V23, V63, V28, VG3*), ТА передней брюшной стенки и пояснично-крестцовой области (*VC4, R11, VC2, E30, R14, E28, R13, VG4, VG3, VG2, V54/49, V26, V31/34*). Второй вариант ИРТ заключается в оценке ситуации в качестве соматоневроза. В таком случае используют канал сердца (*C9, C13, C7, C5*); канал тонкой кишки (*IG3, IG2, IG4, IG7*) с дополнением *F1, R10, VB41, V66* и локально-сегментарных точек: *V15, VC14, V27, VC4, R11, VC2, E30, E28, R14, R13, VC4, V28, V23, VG3, VG2, V54/49, V26, V31—34, V35, VC1*. Иглоукальвание в точки, расположенные на конечностях, проводят возбуждающим (экспозиция игл 20 мин) или переходным (экспозиция 25 мин) методом. Воздействие в ТА локально-сегментарные — тормозным методом (экспозиция игл 30 мин) с учетом наличия алгического синдрома. При рассматриваемом варианте целесообразно прогревание стабильно в течение 2—3 мин.

ЛИТЕРАТУРА

- Активная тактика ведения больных миомой матки: Метод. рекомендации / Сост.: Н. П. Васильченко и др. — М., 1988.
- Алипов В. И., Бескровная Н. И., Гладун Е. В. Основы гормонотерапии в гинекологии. — Кишинев, 1986.
- Бакулева Л. П. Альгодисменорея. — М., 1988.
- Баринский И. Ф., Шубладзе А. К., Каспаров А. А., Гребенюк В. Н. Герпес: этиология, диагностика, лечение. — М., 1986.
- Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. — Л., 1990.
- Бодяжина В. И., Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. — М., 1990.
- Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. — Л., 1989.
- Бочоришвили В. Г. Диагностика и лечение сепсиса. — Тбилиси, 1981.
- Вихляева Е. М., Паллади Г. А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. — Кишинев, 1982.
- Володин С. К. Хирургические методы лечения трубного бесплодия. — Л., 1989.
- Вторичная аменорея: Метод. рекомендации / Сост. В. П. Сметник и др. — М., 1991.
- Вульвовагиниты у девочек: Метод. рекомендации / Сост. В. П. Стрижонок. — Мн., 1988.
- Гилязутдинов И. А., Гилязутдинова З. Ш. Нейроэндокринные синдромы и заболевания. — Казань, 1990.
- Гиперпролактинемия в гинекологической клинике: Метод. рекомендации / Сост. Т. В. Овсянникова и др. — М., 1990.
- Гормонотерапия / Под ред. Х. Шамбаха и др.: Пер. с нем. — М., 1988.
- Григорова Т. М. Трофобластическая болезнь. — М., 1985.
- Дедов И. И., Мельниченко Г. А. Персистирующая галакторея-аменорея. — М., 1985.
- Егорова Е. В., Минскер О. Б. Грибковые и некоторые паразитарные заболевания женских половых органов. — М., 1988.
- Жаркин А. Ф., Жаркин Н. А. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии. — Л., 1988.
- Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. — М., 1985.
- Зарубина Н. А. Остеопороз. — М., 1989.
- Инструктивно-методические указания по организации гинекологической помощи детям и подросткам, профилактике и диагностике гинекологических заболеваний. — М., 1988.
- Инструкция по лечению и профилактике гонореи / Сост.: М. М. Васильев и др. — М., 1988.
- Калиниченко А. С., Ланецкая Л. С., Торгун П. М., Васина И. М. Синдром Шихена. — Воронеж, 1987.
- Кан Д. В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М., 1986.
- Каюмова И. В. Лечение, профилактика и прогноз пубертатно-юношеского диспитуитаризма: Метод. рекомендации. — Пермь, 1986.
- Климактерический синдром / В. П. Сметник, Н. М. Ткаченко, Г. Л. Глезер, Н. П. Москаленко. — М., 1988.

Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза: Метод. рекомендации МЗ СССР / Сост.: Л. В. Адамян и др. — М., 1990.

Контактные инфекции, передающиеся половым путем / И. И. Мавров, М. Н. Бухарович, Б. Т. Глухенький и др. — Киев, 1989.

Крымская М. Л. Климактерический период. — М., 1989.

Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснопольский В. И. Оперативная гинекология: Руководство для врачей. — М., 1990.

Лекарственные растения, применяемые в акушерско-гинекологической практике: Справочник / Е. Т. Михайленко, В. Е. Радзинский. — Киев, 1989.

Лечение больных с доброкачественными гормонально-зависимыми заболеваниями матки и молочных желез: Метод. рекомендации МЗ СССР / Сост.: Е. М. Вихляева и др. — М., 1989.

Лечение больных туберкулезом женских половых органов: Метод. рекомендации / Сост.: Е. Н. Колачевская. — М., 1985.

Малевиц К. И., Герасимович Г. И., Русакевич П. С. Методы лазертерапии в акушерстве и гинекологии. — Мн., 1992.

Малышев Л. К. Диагностика и лечение крауроза вульвы. — Л., 1989.

Особенности клиники, диагностики и лечения гонореи у беременных: Метод. рекомендации / Сост. В. П. Стрижонюк. — Мн., 1987.

Оценка и коррекция иммунного статуса человека при иммунодефицитах: Метод. рекомендации / Сост. Д. Ю. Новиков, Н. А. Скепьян. — Мн., 1989.

Патология полового развития девочек и девушек / Под ред. Ю. А. Крупко-Большовой, А. И. Корниловой. — Киев, 1990.

Попов В. А. Перитонит. — Л., 1985.

Практическая гинекология / Л. В. Тимошенко, Е. В. Коханевич, Т. Д. Травянюк и др. — Киев, 1988.

Пшеничникова Т. Я. Бесплодие в браке. — М., 1991.

Раковская И. В., Вульфович Ю. В. Урогенитальные микоплазмы: Обзорная информация. — М., 1990.

Савельева Г. М., Антонова Л. В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины. — М., 1987.

Сепсисология с основами инфекционной патологии / Под ред. В. Г. Бочоришвили. — Тбилиси, 1988.

Серов В. Н. Профилактика и лечение эндометрита после кесарева сечения: Метод. рекомендации. — М., 1988.

Сидоренко Л. Н. Мастопатия: Психосоматические аспекты. — Л., 1991.

Слепов М. И. Перитонит в акушерско-гинекологической практике: Учебное пособие. — Казань, 1985.

Сольский Я. П., Ивченко В. Н., Богданова Г. Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. — Киев, 1990.

Старкова Н. Т. Фармакотерапия в эндокринологии. — М., 1989. Урогенитальный хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез / Диагностика, лечение, профилактика. — М., 1988.

Уткин В. М. Послеродовой эндометрит. — Рязань, 1989.

Хирургическое лечение миомы матки: Метод. рекомендации / Сост. Костючек Д. Ф. — Л., 1985.

Шинкарева Л. А. Восстановительное лечение больных с генитальным эндометриозом. — Иркутск, 1989.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Список сокращений	5
1. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ	7
1.1. Альгодисменорея	7
1.2. Аменорея	11
1.3. Болезнь поликистозных яичников	31
1.4. Гиперпролактинемия	45
1.5. Климактерический синдром	52
1.6. Нейрообменно-эндокринный синдром, гипоталамический синдром	62
1.7. Остеопороз	69
1.8. Послеродовое ожирение	71
1.9. Посткастрационный синдром	72
1.10. Предменструальный синдром	74
1.11. Синдром гиперстимуляции яичников	77
1.12. Синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза	79
1.13. Синдром дисфункции коры надпочечников, надпочечниковая гиперандрогения, адреногенитальный синдром	80
1.14. Синдром Морганьи—Стюарта—Мореля, эндокраниоз	83
1.15. Синдром «пустого» турецкого седла	84
1.16. Синдром <i>Sheehan</i> (Шихена), послеродовой гипопитуитаризм	84
1.17. Дисфункциональные маточные кровотечения	87
1.18. Ювенильные (пубертатные) дисфункциональные маточные кровотечения	111
1.19. Маточные кровотечения в пременопаузе, климактерические	116
2. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	121
2.1. Бактериальный вагиноз	121
2.2. Воспаление большой железы преддверия влагалища, бартолинит	127
2.3. Цервицит	128
2.4. Эндометрит	129
2.5. Сальпингит, сальпингооофорит, периоофорит	137
2.6. Перитонит	173
2.7. Сепсис	178
2.8. Инфекционно-токсический (септический) шок	182

3. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	184
3.1. Гонорея у женщин	184
3.2. Герпес генитальный	195
3.3. Микозы женских половых органов	202
3.4. Трихомоноз	208
3.5. Туберкулез женских половых органов	220
3.6. Урогенитальный микоплазмоз	224
3.7. Хламидиоз	228
4. ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ	233
4.1. Воспалительный генез бесплодия	233
4.2. Эндокринное бесплодие	240
4.3. Иммунологическое бесплодие	243
4.4. Экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбрионов в матку матери (ЭО—ПЭ)	245
5. ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ	247
5.1. Внематочная (эктопическая) беременность	247
5.2. Эндометриоз	254
6. НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИЕ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ	276
6.1. Лейкоплакия и крауроз вульвы	276
6.2. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки	284
6.3. Миома матки	298
6.4. Гиперпластические процессы эндометрия	319
6.5. Трофобластическая болезнь	333
6.6. Мастопатия	336
7. НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	342
7.1. Нарушения полового развития	342
7.2. Генитальный инфантилизм	348
7.3. Пороки развития половых органов	351
7.4. Аномалии положения половых органов	353
8. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН	357
8.1. Недержание мочи при напряжении	357
8.2. Мочеполовые свищи	359
8.3. Травма мочевой системы в акушерско-гинекологической практике	361
8.4. Цисталгия	362
Литература	365