

Е. Ф. Кира, В. В. Корхов,
В. Г. Скворцов, Ю. В. Цвелев

ПРАКТИЧЕСКИЙ СПРАВОЧНИК акушера-гинеколога

Под редакцией профессора Ю. В. Цвелева

Санкт-Петербург
Фирма «Стройлестпечатъ»
Фирма «Фоллиант»
1995

УДК 618.1/2 (083.1)

Кира Е. Ф., Корхов В. В., Скворцов В. Г., Цвелев Ю. В.
Практический справочник акушера-гинеколога. — СПб.: «Стройлеспечатль»,
1995. — 384 с.

ISBN 5—85091—014—X

ISBN 5—86581—006—5

В справочнике систематизирована акушерско-гинекологическая терминология, впервые даны эпонимные симптомы и синдромы, встречающиеся в практике акушера-гинеколога, представлены разделы Международной классификации болезней IX пересмотра, относящиеся к акушерству, гинекологии, онкогинекологии и перинатологии. В книге содержатся алгоритмы диагностики и принципы лечения наиболее распространенных синдромов и состояний, встречающихся в акушерско-гинекологической практике, представлена рецептура основных лекарственных средств, применяемых в акушерстве и гинекологии. Последовательно систематизированы лекарственные растения и их сборы для лечения гинекологических заболеваний, описаны методы физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения.

Предназначен для акушеров-гинекологов, семейных врачей, врачей общей практики, студентов медицинских институтов.

ISBN 5—85091—014—X
ISBN 5—86581—006—5

© Е. Ф. Кира, В. В. Корхов, В. Г. Скворцов,
Ю. В. Цвелев, 1995.

© В. И. Кюннап, обложка, 1995.

© ИНТФ «Стройлеспечатль», 1995.

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

И. И. ЦИГАНОВ

профессор, доктор медицинских наук; кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии.

В. Ф. КИРЯ

кандидат медицинских наук; преподаватель кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии.

В. Г. СКИВИЦОВ

доктор, кандидат медицинских наук; кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии.

А. В. ГУРЬЕВ

доктор, кандидат медицинских наук; кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии.

В. П. ТУДЖИКОВ

доктор, кандидат медицинских наук; кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии.

Л. П. ГАВРИЛОВИЧЕНКО

кандидат медицинских наук; кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии.

В. В. КОРХОВ

доктор, кандидат медицинских наук (НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН).

Г. П. ПОПОВАРЕНКО

доктор медицинских наук; руководитель группы физиотерапии в кораблях Военно-медицинской академии.

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый вниманию читателей «ПРАКТИЧЕСКИЙ СПРАВОЧНИК АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА» группы авторов кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии и Института акушерства и гинекологии Российской АМН им. Д. О. Отта написан как руководство, рассчитанное прежде всего на акушеров-гинекологов. Но эта книга может оказаться полезной и для врачей других специальностей (урологов, эндокринологов, дерматовенерологов, врачей скорой помощи, семейных врачей, врачей общей практики), а также для студентов медицинских институтов, желающих углубить свои знания в области акушерства и гинекологии.

В условиях разделенности бывшего СССР на независимые государства со своим языком и культурой, расширяющихся связей со многими странами мира для международного общения, понимания и единства врачей крайне необходимой становится унификация медицинской терминологии и классификации болезней, основанных на греко-латинских терминах. В справочнике впервые в отечественной литературе систематизированы и представлены основные акушерско-гинекологические термины, дано краткое и понятное толкование принятой в мире акушерско-гинекологической терминологии, формулировки диагнозов и названий операций на латинском языке. Кроме того, представлены многие анонимные симптомы и синдромы, относящиеся к акушерству и гинекологии. На основании анализа отечественных классификаций, а также Международной классификации болезней в справочнике сформулированы и классифицированы акушерские и гинекологические заболевания.

Отличительной чертой данного справочника является необычное для отечественных изданий подобного типа его построение. Материал изложен не по традиционному принципу описания различных нозологических форм заболевания, а другим образом: представляет гинекологию и основные разделы акушерства как комплекс клинических симптомов и синдромов, характерных для тех или иных патологических состояний. Такой подход позволяет подвести врача к умозаключениям диагностического характера и

способствует совершенствованию правильного клинического мышления.

Кроме того, в справочнике большое внимание уделено методикам дифференциальной диагностики и постановки диагноза на основе построения алгоритмов. Подробно обсуждены принципы выбора оптимального лечения, представлены схемы терапии и рецептура наиболее часто используемых в акушерско-гинекологической практике фармакологических препаратов. Дана справочная информация о совместимости различных лекарственных средств, о вариантах фармакотерапии при беременности.

Впервые наиболее полно рассмотрены возможности фитотерапии в акушерстве и гинекологии, приведены прописи многих лекарственных растений, сборов, а также способы их приготовления и употребления при различных патологических состояниях у беременных и гинекологических больных. В справочнике также рассмотрены варианты физиотерапевтических, бальнеологических и санаторно-курортных методов лечения акушерских и гинекологических больных; представлены основные реабилитационные мероприятия на различных этапах лечения.

В приложении к справочнику даны рекомендации женщинам об особенностях поведения в климактерический период, рассмотрены современные способы контрацепции.

Авторы надеются, что настоящее руководство окажет существенную помощь в освоении литературы и в учебной области медицины — акушерства и гинекологии и принесет немалую пользу в практической работе врача.

ГЛАВА I

АКУШЕРСКАЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

ГРЕКО-ЛАТИНСКИЕ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТЫ

А, АН- (*греч.* отрицательная приставки «а-», «ан-») — отсутствие, недостаточность, лишнее, лишнее приращение, выраженное во 2-й части слова; соответствует русским приставкам «без-», «не-».

АБОРТ- (*лат.* «aborigi» — «преждевременно родиться», «ab» — приставка, означающая удаление, отсечение, отрицание, + «origi» — «происходить, родиться») — относится к прерыванию беременности в первые 28 нед.

АБСЦЕСС- (*лат.* «abscedo, abscessum» — «отделяться, отпадать, нарывать», «abs-» — приставка, означающая отделение, удаление, + «cedo, cessum» — «идти, ходить, передвигаться») — относящийся к гнойнику, нарыву.

АДЕН- (*греч.* «aden, adenos» — «железа») — 1) относящийся к железе, к железистой ткани; 2) относящийся к лимфатическим узлам.

АДНЕКС- (*лат.* «adnexa uteri» — «придатки матки», «adnecto, adnexum» — «привязывать, присоединять; сочетать, соединять») — относящийся к придаткам матки.

АКУШЕР (*франц.* «accoucheur» — «помогать при родах») — относящийся к акушерской деятельности.

АЛЛАНТ- (*греч.* «allas, allantos» — «колбаса» + «-eides» — «подобный, похожий») — относящийся к аллантоису.

АЛЬГ- (*греч.* «algos, algeos» — «боль, страдание, мука») — относящийся к болевым ощущениям.

АМНИ- (*греч.* «amnion» — «чаша для жертвенной крови») овечья шкура, мешок, в который собиралась кровь жертвенных животных; зародышевая оболочка — относящийся к амниону.

АМПУТ- (*лат.* «amputare» — «обрезать, отрубать, отсека́ть; уменьша́ть, сокра́щать; «am(bi)» — приставка, обозначающая «кругом, вокруг, около» + «putare» — «чистить, очищать; подрезать, подчищать») — относящийся к удалению, ампутации.

АН, АНО- (*лат.* «anis» — «кольцо, круг; заднепроходное отверстие») — относящийся к заднему проходу.

АНАТОМ- (*греч.* «anatomē» — «рассечение; расчленение», «ана» — приставка, означающая повторность действия или движения вверх + «temno» — «резать, разрезать») — относящийся к анатомии.

АНОМАЛ- (*греч.* «an» — отрицательная приставка со значением «не-» + «homalos» — «ровный; равный; равномерный; средний») — относящийся к отклонениям развития.

АНТЕ- (*лат.* наречие, предлог и приставка «ante») — находящийся перед чем-либо, спереди, прежде, раньше.

АПО- (*греч.* предлог и приставка «apo») — 1) отделение, удаление; 2) прекращение действия; 3) усиление действия.

АРРЕН- (*греч.* «arrhen» — «мужчина, мужской, мужского пола») — относящийся к мужскому полу.

АРТЕР- (*греч.* «arteria» — «дыхательное горло; артерия», «aer» — «воздух» + «tereo» — «содержать»). Древние греки полагали, что артерии содержат воздух. Поскольку после смерти человека эти сосуды оказываются пустыми, значит, у живого человека они также ничего, кроме воздуха, не содержат. Поэтому длительное время греческие анатомы не находили функционального различия между собственно артериями и трахеей, и то, и другое именовалось общим словом «arteria») — относящийся к артерии.

АУСКУЛЬТ- (*лат.* «auscultare» — «вслушиваться, внимательно слушать») — относящийся к выслушиванию.

БАРТОЛИН (с. Bartholin, 1655-1738, датский анатом) — впервые описал большую железу преддверия влагалища.

БИ- (*лат.* «bis» — приставка со значением «дважды») — два, дважды, двойной.

БИ, БИО (*греч.* «bios» — «жизнь») — относящийся к жизненным процессам, к жизни.

БЛАСТ- (греч. «blastos» — «росток, отпрыск, побег, зародыш») — относящийся к эмбриональной клетке, к зародышевому слою, к зачатку.

БЛЕНН- (греч. «blepnos» — «слизь») — 1) слизистый; 2) относящийся к слизистым оболочкам, главным образом к их отделяемому.

БУЛЬБ- (лат. «bulbus» от греч. «bolbos» — «луковица, лук-порей») — относящийся к анатомической структуре или органу, похожим на луковицу.

ВАГИН- (лат. «vagina» — «ножны; оболочка, покров; шелуха, кожица; влагалище») — относящийся к влагалищу.

ВЕЗИК- (лат. «vesica» — «пузырь») — относящийся к пузырю.

ВЕРСИЯ- (лат. «verio, versum» — «поворачивать, переворачивать; вращать, вертеть») — поворот, вращение, обращение в какую-либо сторону.

ВЕСТИБУЛ- (лат. «vestibulum» — «вестибул, площадка перед домом, часто отделявшаяся от улицы низкой стеной; преддверие — передняя в доме, между входом и гостиной; анат. «vestibulum» — «преддверие») — относящийся к преддверию; влагалища.

ВИЗУ- (лат. «videre, visum» — «видеть»; «visus» — «зрение») — относящийся к зрению или зрительным ощущениям.

ВОЛЮЦИЯ- (лат. «volvo, volutum» — «катить, сбрасывать; вращать, поворачивать») — относящийся к вращательному движению относительно центра чего-либо.

ВУЛЬВ- (лат. «volva, vulva» — «покров, оболочка; анат. «vulva» — «вульва») — относящийся к вульве.

ГАЛАКТ- (греч. «gala, galaktos» — «молоко») — относящийся к молоку.

ГАСТР- (греч. «gaster, gastros» — «желудок; живот, брюхо») — относящийся к желудку.

ГЕМАТ, ЕМИЯ- (греч. «haima, haimatos» — «кровь») — относящийся к крови; скопление крови; содержание чего-либо в крови.

ГЕН (-ы) (греч. «genos» — «род, рождение, потомство, пол») — структурная и функциональная единица наследственности, контролирующая образование какого-либо признака, представляющая собой отрезок молекулы ДНК.

ГЕНЕЗ - (греч. «genesis» — «зарождение, происхождение, развитие; син.-генезис) в биологии — происхождение какой-либо структуры в онтогенезе или филогенезе.

ГЕНИТО- (лат. «gigno, genui, genitum» — «рождать, производить на свет»; анат. «organa genitalia» — «половые органы») — относящийся к половым органам.

ГИДР- (греч. «hydor, hydatos» — «вода») — 1) относящийся к воде, к жидкости; 2) скопление жидкого содержимого (в сочетании с наименованием части тела или болезни).

ГИМЕН- (греч. «hymen, hymenos» — «пленка, перепонка, оболочка, кожица») — относящийся к девственной плеве.

ГИНЕК- (греч. «gynē, gynaios» — «женщина; жена, супруга») — относящийся к женщине, женский.

ГИПЕР- (греч. «hyper» — предлог и приставка — «над, сверх») — 1) сверх, выше; 2) чрезмерное повышение, увеличение чего-либо.

ГИПО- (греч. предлог и приставка «hypo» — «под, ниже») — 1) нахождение под чем-либо, ниже чего-либо; 2) понижение, уменьшение чего-либо, недостаточность, слабая выраженность.

ГИСТЕР- (греч. «hysterā» — «матка») — относящийся к матке.

ГОНО- (греч. «gonos» — «рождение; семенная жидкость, сперма») — 1) относящийся к гонококку; 2) относящийся к рождению, к размножению, к полу, к сперме.

ГРАФИЯ (греч. «grapho» — «царапать; чертить; записывать, писать») — относящийся к процессу графической регистрации, к написанию, к изображению.

ДЕ- (лат. предлог и приставка «de») — 1) отделение; 2) устранение, лишение; 3) отрицание или изменение понятия, выраженного последующей частью слова; соответствует русской приставке «обез-».

ДЕРМ, ДЕРМАТ- (греч. «derma, dermatos» — «кожа, кожный покров, кожица, оболочка, пленка») — относящийся к коже.

ДЕЦИДУ- (лат. «deciduus» — «отпадающий, отпавший; выпадающий», «de» — «отделение; устранение» + «cadere» — «падать, выпадать») — относящийся к децидуальной оболочке.

ДИА- (греч. предлог и приставка «dia») — 1) движение сквозь, через; 2) промежуточное положение между чем-либо; 3) полное завершение действия; 4) отделение, разделение.

ДИАГНО- (греч. «diagnostic» — «распознавание; ясное различие; определение, установление») — относящийся к диагнозу.

ДИНАМИЯ (греч. «dynamis» — «сила, мощь») — относящийся к силе, к усилиям.

ДИС- (лат. неотделяемая приставка «dis») — разделение, разъединение, расчленение, отрицание.

ДИС- (греч. неотделяемая приставка «dis») — затруднение, отклонение от нормы; нарушение, расстройство функции.

ДРОМ- (греч. «dromos» — «бег; путь, расстояние») — 1) относящийся к проявлениям болезни, к ее течению; 2) относящийся к движению, перемещению.

ЕЙРИЗ, ЕЙРИНГЕР- (греч. «eurys» — «широкий; просторный»; «euigno» — «расширять; раздвигать, увеличивать») — относящийся к расширению.

ЗОНД (франц. «sonde» — «зонд»; «sonder» — «зондировать, исследовать») — относящийся к зондированию.

ИД, ИДНЫЙ- (греч. суффикс «eides» — «подобный, похожий», в латинизированной форме «ides» или чаще «ideus», от «eidos» — «вид, образ, форма») — похожий по виду, форме на что-либо, сравнимый; соответствует русскому терминологическому элементу — «видный».

ИМПЛАНТ- (лат. «im» — «в, внутрь» + «planto, plantare» — «сажать») — относящийся к внедрению чего-либо чужеродного во что-либо.

ИН, ИМ, ИЛ, ИР (лат. предлог и приставка «in» — «в»; лат. отрицательная приставка «in» — «не-») — 1) расположение или нахождение в чем-либо, внутри чего-либо; действие или процесс, направленные внутрь чего-либо, на что-либо, по направлению к чему-либо; 2) отрицание; соответствует русским приставкам «без-», «не-».

ИНВОЛ- (лат. «involvere, involutum» — «обертывать, заворачивать, окутывать») — относящийся к инволюции.

ИНФИЦ- (лат. «infectio, infectum» — «напирать, заражать») — относящийся к заражению, инфекции.

ИСТМ- (греч. «isthmus» — «соединительная полоса, узкий проход, переход; перешеек») — относящийся к перешейку матки.

ИТ- (греч. суффикс «itis» имен прилагательных женского рода, имеющий значение «относящийся к чему-либо») — обозначение воспалительных процессов и болезней.

КАПИТ- (лат. «caput, capitis» — «голова; головка; верхняя») — относящийся к голове, к головке.

КАРЦИН- (греч. «karcinos» — «краб или рак; раковая опухоль или язва») — относящийся к раку.

КЕФАЛ- (греч. «kerphale» — «голова») — относящийся к голове.

КЕСАР- (лат. от «Lex Caesarea» — «древнеримский царский (кесарев) закон». Согласно ему обязаны были удалять плод из матки до погребения умершей беременной женщины) — относящийся к кесареву сечению.

КИСТ- (греч. «kystis» — «пузырь; мешок») — относящийся к кисте, кистозный.

КЛИМАКС, КЛИМАКТ- (греч. «klimax» — «лестница»; греч. «klimakter» — «ступень»; лат. «climakter» — «возрастной переломный период в человеческой жизни») — относящийся к климаксу, к климактерическому периоду.

КЛИНИК- (греч. «klinike (techne)» — «искусство врачевания, уход за лежащими больными»; «klinikos» — «лежащий в кровати» от «klíne» — «кровать») — относящийся к клинике.

КЛИТОР- (греч. «kleitoris» — «клитор») — относящийся к клитору.

КОЛЬП- (греч. «kolpos» — «женское чрево, утроба; пазуха; влагалище») — относящийся к влагалищу.

КОНДИЛ- (греч. «kondyloma» — «выпуклость, шишка») — относящийся к кондиломе.

КОНТРАКЦ- (лат. «contraheo, contrahere» — «стягивать, сокращать») — относящийся к контракционному кольцу.

КОНЪЮГ- (лат. «conjugo, conjugatum» — «соединять») — относящийся к конъюгате.

КРАНИ- (греч. «kranion» — «черепная коробка, череп») — относящийся к черепу.

КРАУР — (греч. «krauros» — «сухой, хрупкий, ломкий») — относящийся к краурозу.

КРИН- (греч. «krino» — «выделять, отделять») — относящийся к отделению, выделению чего-либо.

ЛАКТ- (лат. «lac, lactis» — «молоко») — относящийся к молоку.

ЛАПАРО- (греч. «lapara, lapare» — «живот, чрево, бок, поясница, пах») — относящийся к брюшной или брюшинной полости; к животу.

ЛЕЙК- (греч. «leukos» — «белый») — 1) белый; 2) относящийся к лейкоцитам.

ЛИЗИС, ЛИТ- (греч. «lysis» — «развязывание, растворение, распад, разложение», «lyo, будущее время -lyso» — «развязывать, освобождать, растворять, разрушать») — 1) относящийся к растворению, разложению, рассасыванию, распаду чего-либо; 2) относя-

щийся к хирургической операции освобождения от сращения, рубцов.

ЛИМФ- (лат. «lympha» — «чистая вода»; анат. «лимфа») — относящийся к лимфе, к лимфатической системе.

ЛОГИЯ- (греч. «logos» — «наука, учение; рассуждение; понятие») — относящийся к науке, к учению.

ЛОХИ — (греч. «lochía» — «очищение после родов, родовой») — относящийся к послеродовым выделениям из матки, к лохиям.

МАЛИГН- (лат. «malignus» — «гибельный, злокачественный») — относящийся к злокачественным изменениям.

МАММ- (лат. «mamma» — «грудь» (преимущественно женская); анат. молочная железа) — относящийся к молочной железе.

МАНУ- (лат. «manus» — «рука») — относящийся к рукам.

МАСТ- (греч. «mastos» — «грудь; сосок») — относящийся к молочной железе.

МЕЗ- (греч. «mesos» — «средний, срединный, промежуточный») — составная часть сложных слов, означающая «средний», «находящийся посередине, между чем-либо», «занимающий промежуточное положение во времени или пространстве».

МЕН- (греч. «men» — «месяц») — относящийся к менструации.

МЕТА- (греч. наречие, предлог и приставка «meta») — следование за чем-либо; расположение за чем-либо, между чем-либо; переход из одного места или состояния в другое.

МЕТР- (греч. «metra» — «матка») — относящийся к матке.

МЕТРИЯ- (греч. «metron» — «мера»; «metreo» — «измерять, определять») — относящийся к измерению; измеряющий.

МИ- (греч. «mys» — «мышца, мускул») — относящийся к мышцам, мышечный.

МУК, МУЦ- (лат. «mucus» — «слизь», «mucosus» — полный слизи) — относящийся к слизистой оболочке.

МУЛЬТ- (лат. «multus» — «многий, многочисленный») — множественность, многократность.

НАТ- (лат. «natus» — «рождение», «natalis» — «относящийся к рождению») — относящийся к родам, к рождению.

НЕКР- (греч. «nekros» — «мертвый, труп») — омертвление.

НЕО- (греч. «neos» — «молодой, новый») — новый, молодой, вновь созданный или возникший; соответствует русскому терминологическому элементу «ново-».

НЕФР- (*греч.* «*nephros*» — «почка») — относящийся к почке.

ОВ- (*лат.* «*ovum*» — «яйцо», «*ovulum*» — «яичко») — относящийся к яйцу, к яйцеклетке.

ОВАР- (*лат.* «*ovarium*» — «яичник» от «*ovum*» — «яйцо») — относящийся к яичнику.

ОЗ- (*греч.* «*osis*» — суффикс имен существительных, образованных от глаголов на «*oo*») — 1) процесс или результат процесса; 2) патологическое состояние, болезнь.

ОКСИЯ (*греч.* «*oxys*» — «острый, кислый»; *лат.* «*oxygenium*» — «кислород») — относящийся к кислороду, кислородный.

ОЛИГ- (*греч.* «*oligos*» — «малый, незначительный, немногочисленный») — малый, незначительный, неполный, недостаточный.

ОМА- (*греч.* суффикс имен существительных «*ома*»; в древнегреческой медицинской терминологии означал «патологическое состояние», в частности «опухоль») — (преимущественно) новообразование, опухоль.

ОПС- (*греч.* «*opse; opsi*» — «после длительного периода, поздно») — поздний, задерживающийся.

ОПСИЯ (*греч.* «*opsis*» — «взгляд, зрительное восприятие») — относящийся к зрительному восприятию, зрительный.

ПАРА- (*греч.* наречие, предлог и приставка «*para*») — 1) нахождение, расположение рядом, вблизи, возле чего-либо; соответствует русским «около», «при», «близ»; 2) отступление, отклонение от чего-либо; несоответствие внешних проявлений сущности данного явления.

ПАРИЕТ- (*лат.* «*paries, parietis*» — «стена, стенка») — относящийся к стенке полости или органа.

ПАТ, ПАТИЯ (*греч.* «*pathos*» — «чувство, переживание; страдание, болезнь») — относящийся к патологическому состоянию, к болезни.

ПАУЗА- (*греч.* «*pausis*» — «прекращение, перерыв») — относящийся к менопаузе.

ПЕЛЬВ- (*лат.* «*pelvis*» — «таз (посуда)», анат. «таз») — относящийся к тазу, к тазовой области.

ПЕР- (*лат.* предлог и приставка «*per*») — 1) действие, направленное через, сквозь что-либо; 2) усиление признака, завершение действия.

ПЕРИ- (*греч.* предлог и приставка «*peri*») — расположение вокруг, около, снаружи, при чем-либо.

ПЕРИНЕ- (греч. «perineos, perineon, perinaion» — «промежность») — относящийся к промежности.

ПЕРИТОН- (греч. «peritonaton», анат. «peritoneum» — «брюшина») — относящийся к брюшине.

ПИ- (греч. «pyon» — «гной») — содержащий гной, гнойный.

ПЛАКИЯ (греч. «plakion» — «плитка, пластинка») — относящийся к ороговению эпителия.

ПЛАНТ- (лат. «planto, plantatum» — «сажать, пересаживать») — сажать, пересаживать.

ПЛАСТИКА (греч. «plastike» — «формирование, образование», от «plasso» — «лепить, ваять, формировать, образовывать») — относящийся к пластической хирургической операции.

ПЛАЦЕНТ- (лат. «placenta» — «пирог, лепешка») — относящийся к плаценте.

ПЛЕКС- (лат. «plexus» — «сплетение», от «plecto» — «плести, сплетать») — относящийся к нервному сплетению.

ПНЕВМ- (греч. «pneuma, pneumatos» — «дуновение, дыхание; воздух») — относящийся к воздуху, к газу.

ПОЛИ- (греч. «polus» — «многой, многочисленный») — много, множество, множественный; бабы, в м. в. м. м.

ПОЛИП- (греч. «polypus», «poly» — «много» + «pus» — «нога») — патологическое образование, выступающее над поверхностью органа и связанное с ним ножкой или своим основанием.

ПРЕ- (лат. наречие, предлог и приставка «prae») — находящийся впереди чего-либо, предшествующий чему-либо; соответствует русским предлогам «перед», «до» и приставкам «пред», «до».

ПРО- (греч. предлог и приставка «pro») — находящийся впереди, перед чем-либо, предшествующий чему-либо (во времени и пространстве); соответствует русским предлогам «перед», «до» и приставкам «пред», «до».

ПРОЙО- (греч. «proios» — «ранний») — относящийся к укорочению менструального цикла.

ПРОТЕИН- (греч. «protos» — «первый») — относящийся к белкам.

ПРОФИЛАКТ- (греч. «prophylaktakos» — «предохранительный») — относящийся к профилактике.

ПСЕВД- (греч. «pseudēs» — «ложный») — составная часть сложных слов, означающая «ложный», «мнимый».

ПСИХ- (*греч.* «psyche» — «душа, дух, сознание») — составная часть сложных слов, означающая «относящийся к психике».

ПТОЗ- (*греч.* «ptosis» — «падение») — относящийся к опущению органа или его части.

ПУНКТ- (*лат.* «pungo, punctum» — «колоть, жалить, прокалывать») — относящийся к укалыванию.

ПУНКЦИЯ (*лат.* «punctio» — «прокол», от «pungo, punctum» — «колоть, жалить, прокалывать») — прокол.

РАФИЯ (*греч.* «rhaphe» — «шов») — наложение хирургического шва.

РЕ- (*лат.* приставка «ге») — 1) повторность, возобновление действия; 2) противоположное, обратное действие; 3) противодействие.

РЕКСИС (*греч.* «rhexis» — «ломка, дробление, разрушение, разрыв, трещина») — разрыв, разрушение, распад.

РЕКТ- (*лат.* «rectus» — «прямой», анат. «rectum» — «прямая кишка») — относящийся к прямой кишке.

РЕНТГЕН (W. K. Röntgen, 1845—1923, немецкий физик) — составная часть сложных слов, означающая «относящийся к рентгенологии, к рентгено-слому (плу-е-т-и-к)».

РЕТРО- (*лат.* наречие, предлог и приставка «retro») — расположение позади, за чем-либо; направление назад, обратно, обратное действие.

РЕЯ (*греч.* «rheo» — «течь»; «rhoia» — «течение, истечение») — ток, поток, течение, истечение.

ПРАГИЯ (*греч.* «rhagos» — «разорванный, прорванный»; «rhegnumi» — «разрывать, раскалывать, прорывать») — кровотечение из какого-либо органа.

САГИТТ- (*лат.* «sagitta» — «стрела») — в анатомии — расположенный в переднезаднем направлении.

САЛЬПИНГ, САЛЬПИНКС- (*греч.* «salpinx, salpingos» — «труба»; анат. «salpinx, salpingis» — «маточная труба») — относящийся к маточной трубе.

САРК- (*греч.* «sarx, sarkos» — «мясо, плоть»; «sarcoma» — мясистый нарост; шишка, опухоль; — 1) относящийся к мышцам, к мышечной ткани; 2) относящийся к саркоме.

СЕКРЕТ, СЕКРЕЦ- (*лат.* «secerno, secretum» — «отделять, выделять») — относящийся к отделению, к выделению чего-либо.

СЕПТ, СЕПС- (*греч.* «septikos» — «вызывающий гниение, гни-лостный», «sepsis» — «гниение») — 1) относящийся к гниению; 2) относящийся к гнойной инфекции.

СИН, СИМ- (*греч.* предлог, наречие и приставка «syn») — соединение, совместность действия, одновременность, взаимодействие; соответствует русским приставкам «с», «со».

СИМПТОМ — (*греч.* «symptoma» — «совпадение, признак») — признак патологического состояния или болезни.

СКВАМ- (*лат.* «squama» — «чешуя; кожа, шелуха, пленка») — относящийся к изменению поверхности кожи, кожных покровов.

СКОПИЯ (*греч.* «skopeo» — «смотреть, наблюдать, исследовать, рассматривать») — относящийся к рассматриванию, наблюдению, исследованию, преимущественно визуальному при помощи приборов.

СИНДРОМ- (*лат.* «syndromum», *греч.* «syndrome» — стечение признаков болезни, от «syndromos» — «вместе бегущий»; син.— симптомокомплекс) — совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом.

СПАНИ- (*греч.* «spanios» — «редкий») — относящийся к удлинению менструального цикла.

СТАТ- (*греч.* «statos» — «установленный, неподвижный», «statikos» — «останавливающий, устанавливающий», от «histemi» — «останавливать, стоять, устанавливать, уравнивать») — стоящий, установленный, устанавливающий, неподвижный, относящийся к равновесию, занимающий определенное положение.

СТЕРИЛ- (*лат.* «sterilis» — «бесплодный; пустой; лишенный чего-либо») — относящийся к стерилизации.

СТОМИЯ (*греч.* «stoma, stomatos» — «рот, отверстие») — отверстие, образование отверстия (анастомоза).

СУБ- (*лат.* «sub-») — 1) расположение под чем-либо, ниже чего-либо; 2) неполнота качества, свойства, выраженного следующей частью слова; соответствует русским словам «немного», «несколько», «не в полной мере».

СУПЕР- (*лат.* наречие, предлог и приставка «super») — 1) нахождение сверху, над чем-либо; соответствует русской приставке «над»; 2) превышение; соответствует русским предлогам «кроме» «сверх» и приставкам «сверх», «пре».

СУПРА- (*лат.* наречие, предлог и приставка «supra») — нахождение сверху, вверху, над чем-либо, поверх, выше чего-либо;

соответствует русским предлогам и приставкам «над», «на», «поверх», «выше».

СФИКСИЯ (греч. «sphuxis» — «пульс, пульсация») — относящийся к пульсу, к пульсации.

ТЕК- (греч. «theke» — «ящик, вместилище, коробка», гист. «thesa» — «оболочка, тека») — относящийся к полому образованию, к оболочке.

ТЕЛ- (греч. «thels» — «грудной сосок») — слой клеток, покров.

ТЕНЗ- (лат. «tensio» — «напряжение, от «tendo, tensum» — «тянуть, вытягивать, напрягать») — относящийся к напряжению, давлению, растяжению.

ТЕРАТ- (греч. «teras, teratos» — «чудовище, урод, уродство») — относящийся к аномалии развития, к уродствам.

ТЕРМИН- (лат. «terminus» — «границы, пределы; пограничный камень, межевой знак») — относящийся к пограничной линии.

ТОКС, ТОКСИК- (греч. «toxon» — «лук, стрела», «toxikon (pharmakon)» — «яд, которым смазывали стрелы», от «toxikos» — «относящийся к луку и стреле») — «ядовитый, токсический, относящийся к ядам, к отравляющим веществам».

ТОМИЯ (греч. «tome» — «разрез, рассечение», от «tempro» — «резать, разрезать, рассекать») — относящийся к рассечению.

ТРАКТ, ТРАКЦ- (лат. «traho, trastum» — «тащить, тянуть; вытаскивать, вынимать, извлекать») — относящийся к движению; зависит от значения приставки.

ТРАХЕЛ- (греч. «trachelos» — «шея, шейка») — относящийся к шейке матки.

ТРОМБ- (греч. «thrombos» — «сгусток, сгусток крови, тромб») — относящийся к тромбу, к тромбообразованию; к тромбоцитам.

ТРОФ- (греч. «trophe» — «литание») — относящийся к питанию.

ТУБ- (лат. «tuba» — «труба») — относящийся к маточной трубе.

УР, УРИЯ (греч. «uron» — «моча», «uresis» — «мочеобразование») — относящийся к моче, к мочевой системе, к мочеобразованию.

УРЕТР- (греч. «urethra» — «мочеиспускательный канал») — относящийся к мочеиспускательному каналу.

ФАСЦИ- (лат. «fascia» — «повязка, бинт; свивальник; полоса») — относящийся к фиксации.

ФЕМИН- (лат. «femina» — «женщина (всякое существо женского пола)») — относящийся к женщине, женский.

ФЕТ- (лат. «fetus» — «потомок, отпрыск») — относящийся к плоду, к фетальному периоду.

ФИБР- (лат. «fibra» — «волокно») — относящийся к волокнам, к волокнистой ткани, волокнистый.

ФИЗ- (греч. «phyo, будущее время — phuso» — «порождать, производить на свет, создавать»; «phyomai» — «расти, возникать»; «physis» — «природные свойства, природа») — 1) вырастающий, образовавшийся; 2) относящийся к природе, к природным свойствам; 3) относящийся к физическим факторам.

ФЛЕБ- (греч. «phleps, phlebos» — «вена») — относящийся к венам.

ФЛЕКСИЯ (лат. «flexio» — «сгибание, изгиб, поворот», от «flecto, flexum» — «гнуть, сгибать, поворачивать, отклонять») — изгиб, поворот, отклонение.

ФЛОРАЦИЯ (лат. «flogo, flogatum» — «бурзавить, просверливать, продырявливать») — относящийся к просверливанию чего-либо или к проникновению вора; например, перфорация.

ФОЛЛИКУЛ- (лат. «folliculus» — «кожаный мешочек; надутый воздухом мяч, пузырь») — относящийся к фолликулам.

ФРАГМ- (греч. «phragma» — «заграждение, перегородка») — преграда, перегородка; например, диафрагма.

ХОРИ- (греч. «chorion» — «оболочка, перепонка; кожа; плодная оболочка; хорион») — относящийся к хориону.

ЦЕЛИ- (греч. «koilos» — «полый», «koilia» — «полость», брюшная полость») — 1) полый, относящийся к полости; 2) относящийся к брюшной или брюшинной полости.

ЦЕЛЛЮЛ- (лат. «cellula» — «каморка, клетушка, маленькая комнатка», гист. «cellula» — «клетка») — относящийся к клетке.

ЦЕРВИК, ЦЕРВИЦ- (лат. «cervix, cervicis» — «шея, шейка; горлышко») — относящийся к шейке матки.

ЦЕФАЛ- (греч. «cephale» — «голова») — относящийся к голове.

ЦИСТ- (греч. «kystis» — «пузырь, мешок; мочевой пузырь», позднелатинское «cysta» — «киста») — 1) полость, пузырь; 2) относящийся к кисте, кистозный; 3) мочевой пузырь.

ЭКЛАМПС- (греч. «eclampsis» — «вспышка, внезапное возникновение») — относящийся к эклампсии.

ЭКС- (лат. предлог и приставка «ex, e») — удаление, извлечение чего-либо, лишение чего-либо, освобождение от чего-либо; соответствует русским приставкам «из», «от», «вы».

ЭКСТИРП- (лат. «exstirpo, exstirpatum» — «искоренять») — относящийся к экстирпации.

ЭКСТРА- (лат. «extra» — предлог, приставка, наречие) — вне, сверх.

ЭКТО- (греч. «ektos» — «вне, снаружи») — вне, снаружи, внешний, наружный.

ЭКТОМИЯ (греч. «ektome» — «вырезание, иссечение, удаление», «ек» — «из» + «tome» — «разрез, рассечение») — относящийся к иссечению, удалению какого-либо органа или ткани.

ЭКТРОП- (греч. «ektrogo» — «поворачивать наружу, выворачивать») — относящийся к эктропиону.

ЭМБРИО- (греч. «embryon» — «утробный плод, зародыш») — относящийся к эмбриону.

ЭНДО- (греч. «endo, endon» — «внутри») — внутри, внутренний.

ЭНЦЕФАЛ- (греч. «encephalon» — «головной мозг», «ен» — «внутри» + «kephal» — «голова») — относящийся к головному мозгу.

ЭПИ- (греч. «epi-») — расположение над чем-либо, поверх чего-либо, возле или вокруг чего-либо; следование за чем-либо, после чего-либо; соответствует русским приставкам «на-», «над-», «при-».

ЭПИЗИ- (греч. «epision, episeion» — «наружные женские половые органы, лобковая область») — относящийся к наружным женским половым органам.

ЭРОЗ- (лат. «erosio» — «разъедание») — относящийся к эрозии.

АНАТОМИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

НАРУЖНЫЕ ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ (organa genitalia feminina externa) — лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, промежность, большие железы преддверия влагалища.

ВНУТРЕННИЕ ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ (*organa genitalis feminina interna*) — половые органы, расположенные в полости малого таза (влагалище, матка, маточные трубы, яичники).

ЯИЧНИК (*ovarium*) — парная женская половая железа, где происходит образование, созревание яйцеклеток и выработка эстрогенов и прогестерона.

ШИРОКАЯ МАТОЧНАЯ СВЯЗКА (*ligamentum latum uteri*) — парный листок брюшины, расположенный по сторонам матки, уходящий в поперечном направлении до боковой стенки малого таза.

ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНАЯ МЫШЦА (*musculus rectouterinus*) — парная мышца, идущая от задней поверхности матки к крестцу.

СОБСТВЕННАЯ СВЯЗКА ЯИЧНИКА (*ligamentum ovarii proprium*) — пучок соединительных волокон и гладкомышечных клеток, заложенный между листками широкой маточной связки и идущий от угла матки к маточному концу яичника.

КРУГЛАЯ СВЯЗКА МАТКИ (*ligamentum teres uteri*) — парное образование в форме шнура, отходящее от угла матки впереди от маточной трубы и идущее к треугольному отверстию пахового канала к большим половым губам.

ТАЗ (*pelvis*) — замкнутое костное кольцо, образованное двумя тазовыми, крестцовой костью и костями копчика.

НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ЗАДНЕГО ПРОХОДА (*musculus sphincter ani externus*) — мышца, кольцевидно окружающая конечный отрезок прямой кишки.

ЛУКОВИЧНО-ГУБЧАТАЯ МЫШЦА (*musculus bulbospongiosus*) — охватывает с каждой стороны вход во влагалище, прикрывая луковицу и большую железу преддверия.

ПОВЕРХНОСТНАЯ ПОПЕРЕЧНАЯ МЫШЦА ПРОМЕЖНОСТИ (*musculus transversus perinei superficialis*) — парная мышца, начинается от внутренней поверхности седалищного бугра и переплетается в сухожильном центре промежности.

СЕДАЛИЩНО-ПЕЩЕРИСТАЯ МЫШЦА (*musculus ischio-savernosus*) — парная, начинается от внутренней поверхности нижней ветви седалищной кости и прикрепляется к клитору.

МОЧЕПОЛОВАЯ ДИАФРАГМА (*diaphragma urogenitale*) — мышечно-фасциальная пластинка, расположенная под лобковым симфизом, образованная глубокой поперечной мышцей промежности и сфинктером мочеиспускательного канала и покрывающая

ми их фасциями, через которые проходят влагалище и мочеиспускательный канал.

МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ ЗАДНИЙ ПРОХОД (*musculus levator ani*) — парная, является совокупностью трех мышц: лобково-копчиковой (*musculus pubococcygeus*), подвздошно-копчиковой (*musculus iliococcygeus*) и седалищно-копчиковой (*musculus ischiococcygeus*).

ОБЩАЯ ПОДВЗДОШНАЯ АРТЕРИЯ (*arteria iliaca communis*) — является результатом деления брюшной аорты на уровне IV поясничного позвонка.

ВНУТРЕННЯЯ ПОДВЗДОШНАЯ АРТЕРИЯ (*arteria iliaca interna*) — основной источник кровоснабжения внутренних половых органов, образуется в результате деления общей подвздошной артерии на уровне крестцово-подвздошного сустава.

МАТОЧНАЯ АРТЕРИЯ (*arteria uterina*) — ветвь внутренней подвздошной артерии, кровоснабжающая матку, маточные трубы, яичник и верхнюю часть влагалища.

СРЕДНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ (*arteria rectalis media*) — берет начало от внутренней подвздошной артерии, обеспечивает кровоснабжение прямой кишки и нижней части влагалища.

ВНУТРЕННЯЯ ПОЛОВАЯ АРТЕРИЯ (*arteria pudenda interna*) — берет начало от внутренней подвздошной артерии, в области лобкового симфиза разделяется на конечные ветви, кровоснабжающие клитор, мышцы промежности, нижнюю часть влагалища.

ЯИЧНИКОВАЯ АРТЕРИЯ (*arteria ovarica*) — отходит от брюшной аорты, снабжает кровью яичник, маточные трубы, мочеточник.

ПАХОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (*nodi lymphatici inguinales*) — группа узлов, находящихся под широкой фасцией бедра и собирающих лимфу из уретры, промежности, больших желез преддверия, клитора, дна матки, анального конца прямой кишки.

ВНУТРЕННИЕ ПОДВЗДОШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (*nodi lymphatici iliaci interni*) — группа узлов, расположенных по ходу подчревных сосудов и собирающих лимфу из средней и верхней частей влагалища, шейки и нижней части матки, мочеточника, мочевого пузыря и уретры.

ПОДВЗДОШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (*nodi lymphatici iliaci*) — группа узлов, расположенных по ходу наружной и общей

подвздошной артерий, собирающих лимфу из поверхностных слоев промежности, верхней и средней частей влагалища и из мочевого пузыря.

КРЕСТЦОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (*nodi lymphatici sacrales*) — группа узлов, расположенных по передней поверхности крестца и собирающих лимфу из верхней части влагалища, шейки и тела матки, прямой кишки.

ПОЯСНИЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ (*nodi lymphatici lumbales*) — группа узлов, расположенных вдоль поясничной части аорты и собирающих лимфу из яичников, маточных труб, тела матки и верхних отделов мочеточников.

ПОДВЗДОШНЫЕ И ТАЗОВЫЕ НЕРВНЫЕ СПЛЕТЕНИЯ (*plexus hypogastricus inferior (pelvinus) et plexus iliaci*) — сплетения, осуществляющие иннервацию влагалища.

НИЖНЕЕ ПОДВЗДОШНОЕ НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ (тазовое) (*plexus hypogastricus inferior pelvinus*) — сплетение, осуществляющее иннервацию матки.

ЯИЧНИКОВЫЕ НЕРВЫ (*nervi ovarici*) — нервы, осуществляющие иннервацию яичников и маточных труб.

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ОПУЩЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА (*descensus parietis anterioris vaginae*) — смещение передней стенки влагалища книзу с выпячиванием ее из половой щели.

ОПУЩЕНИЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА (*descensus parietis posterioris vaginae*) — грыжеподобное выпячивание из половой щели задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки.

ОПУЩЕНИЕ МАТКИ (*hysteroptosis seu descensus uteri*) — смещение матки книзу без выхождения ее из половой щели.

ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ (*prolapsus uteri*) — смещение матки книзу с выхождением ее из половой щели.

ЭЛОНГАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (*elongatio cervicis uteri*) — удлинение шейки матки.

АНТЕПОЗИЦИЯ МАТКИ (*antepositio uteri*) — смещение всей матки кпереди относительно оси таза.

ГИПЕРАНТЕФЛЕКСИЯ МАТКИ (*hyperanteflexio uteri*) — патологический перегиб матки кпереди с образованием острого угла между телом и шейкой матки.

РЕТРОФЛЕКСИЯ МАТКИ (*retroflexio uteri*) — патологический перегиб матки кзади, при котором угол между шейкой и телом открыт кзади.

РЕТРОВЕРСИЯ МАТКИ (*retroversio uteri*) — положение матки, при котором тело ее отклонено кзади, а шейка — кпереди относительно оси таза.

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

МЕНСТРУАЦИЯ (*menstruatio*) — циклическое выделение из матки кровянистого отделяемого, обусловленное десквамацией функционального слоя эндометрия.

ДИСМЕНОРЕЯ (*dysmenorrhoea*) — общее название расстройств менструальной функции.

АМЕНОРЕЯ (*amenorrhoea*) — отсутствие менструации в течение 6 и более месяцев.

ГИПОМЕНОРЕЯ (*hypomenorrhoea*) — скудные менструации, характеризующиеся незначительным кровоотделением при сохранении нормального ритма и продолжительности.

ГИПЕРМЕНОРЕЯ (*hypermenorrhoea*) — обильные менструации, характеризующиеся повышенным отделением крови без нарушения менструального цикла.

ОЛИГОМЕНОРЕЯ (*oligomenorrhoea*) — менструации, характеризующиеся малой продолжительностью (от нескольких часов до 2 суток).

ПОЛИМЕНОРЕЯ (*polymenorrhoea*) — затяжные менструации (длительностью до 6 и более суток).

ОПСОМЕНОРЕЯ (*opsomenorrhoea*) — редкие менструации, характеризующиеся увеличением продолжительности менструального цикла (до 35 и более суток).

ПРОЙОМЕНОРЕЯ (*proiomenorrhoea*) — частые менструации, характеризующиеся укорочением менструального цикла.

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ (algodysmenorrhoea) — болезненные менструации, характеризующиеся резкими схваткообразными или ноющими болями в низу живота, в поясничной и крестцовой областях, сопровождающиеся общим недомоганием.

СПАНИОМЕНОРЕЯ (spaniomenorrhoea) — урежение менструаций, наступление их 1—2 раза в год.

МЕТРОРРАГИЯ (metrorrhagie) — ациклическое маточное кровотечение, не связанное с менструацией, повторяющееся через нерегулярные промежутки времени (при миоме матки, полипозе, раке эндометрия и др.).

КЛИМАКС (climax) — период жизни, в течение которого происходит прекращение генеративной функции.

МЕНОПАУЗА (menopausa) — период, наступающий после последнего менструальноподобного кровотечения и характеризующийся прекращением детородной функции, циклических изменений и прогрессированием инволюции половых органов в связи с уменьшением секреции половых гормонов.

ГИНЕКОЛОГИЯ

ГИНЕКОЛОГИЯ (gynaecologia) — область клинической медицины, изучающая физиологию женских половых органов и разрабатывающая методы профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний.

Воспалительные заболевания женских половых органов

ВУЛЬВИТ (vulvitis) — воспаление наружных половых органов.

ВЕСТИБУЛИТ (vestibulitis) — воспаление преддверия влагалища.

БАРТОЛИНИТ (bartholinitis) — воспаление большой железы преддверия влагалища.

ВУЛЬВОВАГИНИТ (vulvovaginitis) — воспаление наружных половых органов и влагалища.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ВУЛЬВЫ (leucoplakia vulvae) — дистрофические изменения кожи вульвы в виде беловатых бляшек, сопровождающиеся ороговением эпителия.

КРАУРОЗ (craurosis) — заболевание, характеризующееся атрофией слизистой оболочки влагалища, малых половых губ и клитора.

ЭКТРОПИОН (ectropion) — выворот слизистой оболочки шейки матки в просвет влагалища, возникающий чаще после разрыва шейки матки в родах.

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (erosio cervicis uteri) — повреждение слизистой оболочки шейки матки с дефектом плоского эпителия.

ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ (condylomata acuminata) — бородавчатые образования, по форме напоминающие цветную капусту и располагающиеся на узком основании на коже наружных половых органов, в паховой и межъягодичной складках.

КОЛЬПИТ (colpitis), вагинит (vaginits) — воспаление слизистой оболочки влагалища.

ЦЕРВИЦИТ (cervicitis) — воспаление слизистой оболочки влагалищной части шейки матки.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ (endocervicitis) — воспаление слизистой оболочки цервикального канала.

САЛЬПИНГИТ (salpingitis) — воспаление маточных труб.

АДНЕКСИТ (adnexitis) — воспаление придатков матки (яичников и маточных труб).

ГИДРОСАЛЬПИНКС (hydrosalpinx) — скопление серозной жидкости в просвете маточной трубы при заращении ее маточного и брюшного отделов после перенесенного сальпингита.

ПИОСАЛЬПИНКС (piosalpinx) — скопление гноя в маточной трубе при ее воспалении.

ТУБООВАРИАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС (abscessus tuboovarialis) — слияние абсцесса или псевдоабсцесса яичника с пиосальпинксом.

ПИОВАР (piovarium) — гнойник яичника, истинный абсцесс яичника, возникающий при распространении гнойного процесса с маточных труб или при инфицировании желтого тела.

ПАРАМЕТРИТ (parametritis) — воспаление околоматочной клетчатки.

ПЕЛЬВИОЦЕЛЛЮЛИТ (pelviocellulitis) — воспаление клетчатки малого таза.

МАСТИТ (mastitis) — воспаление молочной железы.

ЭНДОМЕТРИТ (endometritis) — воспаление слизистой оболочки матки.

МЕТРОЭНДОМЕТРИТ (metroendometritis) — воспаление слизистого и мышечного слоев матки.

ПЕРИМЕТРИТ (perimetritis) — воспаление брюшины, покрывающей матку.

МЕТРОТРОМБОФЛЕБИТ (metrothrombophlebitis) — воспаление и тромбоз вен матки.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ (pelvioperitonitis) — воспаление брюшины малого таза.

СЕПСИС (sepsis puerperalis) — патологическое состояние, обусловленное постоянным или периодическим поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага (матка, молочная железа), характеризующееся тяжелыми общими расстройствами и склонностью к образованию новых гнойных очагов в других органах и тканях.

СЕПТИКОПИЕМИЯ (septicopyemia) — форма сепсиса, при которой наряду с интоксикацией организма, происходит образование метастатических абсцессов в различных тканях и органах.

СЕПТИЦЕМИЯ (septicaemia) — форма сепсиса, при которой наличие патогенных микроорганизмов в крови не сопровождается образованием метастатических очагов гнойного воспаления.

Опухоли матки, яичников и другие заболевания

СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА (cystadenoma serosum seu cystoma ovarii serosum) — опухоль, полость которой выстлана реснитчатым эпителием и содержит светлую серозную жидкость.

МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА (cystadenoma mucinosum seu cystoma ovarii pseudomucinosum secernans) — опухоль яичника, стенки которой выстланы слизеобразующим эпителием, содержащая псевдомуцин.

ФИБРОМА ЯИЧНИКА (fibroma ovarii) — доброкачественная опухоль яичника, состоящая из соединительной ткани.

САРКОМА ЯИЧНИКА (*sarcoma ovarii*) — злокачественная опухоль из соединительной ткани яичника.

ДЕРМОИД (*dermoideum*) зрелая тератома (*teratoma adultum*) — опухоль, содержащая высокодифференцированные элементы эктодермы (сало, волосы и т. д.).

ТЕРАТОБЛАСТОМА (*teratoblastoma*) — злокачественная опухоль яичника, развивающаяся в результате нарушения формирования тканей в эмбриональном периоде или в результате малигнизации тератомы.

ТЕКОМА (*thecoma*) — гормонально-активная опухоль яичника, развивающаяся из тека-клеток.

АРРЕНОБЛАСТОМА (*arrhenoblastoma*) — опухоль яичника, характеризующаяся наличием структурных компонентов яичника, обладающая гормональной активностью.

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА (*cysta ovarii follicularis*) — киста яичника, образующаяся вследствие растяжения полости фолликула и скопления в ней серозной жидкости.

КИСТА ЖЕЛТОГО ТЕЛА (*cysta corporis lutei*) — киста яичника, образующаяся из желтого тела при избыточной продукции лютеотропного гормона.

ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ КИСТОМА ЯИЧНИКА (*cystoma ovarii endometriodeum*) — киста яичника, полость которой выстлана эпителием, по строению напоминающим эндометрий, и содержит вязкую массу темно-коричневого цвета.

ЭНДОМЕТРИОЗ (*endometriosis*) — заболевание, характеризующееся появлением в различных органах ткани, сходной по строению со слизистой оболочкой матки и подвергающейся циклическим изменениям соответственно менструальному циклу.

АДЕНОМИОЗ (*adenomyosis*) — разновидность эндометриоза, при которой эндометриодная ткань распространяется в толщу миометрия.

МИОМА МАТКИ (*myoma uteri*) — доброкачественная, гормонозависимая опухоль, развивающаяся из мышечной ткани матки.

САРКОМА МАТКИ (*sarcoma uteri*) — злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов мезенхимы матки.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (*cancer cervicis uteri*) — злокачественное новообразование, развивающееся из плоского многослойного эпителия влагалищной части шейки матки.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ (*tumor trophoblasticus*) — опухоль, развивающаяся из элементов трофобласта (пузырный занос, хориокарцинома).

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС (*mola hydatidosa*) — заболевание беременной, характеризующееся превращением ворсин хориона в пузырьки с прозрачным содержимым, является начальной стадией трофобластической болезни.

ХОРИОКАРЦИНОМА (*choriocarcinoma*) — злокачественное образование из клеток трофобласта, заключительная стадия трофобластической болезни.

ГЕМАТОСАЛЬПИНКС (*haematosalpinx*) — скопление крови в маточной трубе.

Методы исследования

ЗОНДИРОВАНИЕ (франц. *sonder*) — инструментальное исследование полости матки с помощью зонда.

ПУНКЦИЯ ЗАДНЕГО СТОДА ВЛАГАЛИЩА (*punctio fornicis posterioris*) — прокол заднего стода влагалища иглой с целью получения содержимого из брюшной полости.

БИОПСИЯ (*biopsia*) — прижизненное взятие небольшого участка ткани для микроскопического исследования в диагностических целях.

ПРОДУВАНИЕ МАТОЧНЫХ ТРУБ (*peritubatio*) — введение углекислого газа или воздуха под давлением через полость матки с целью определения проходимости маточных труб.

ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ (*hysterosalpingographia seu metrosalpingographia*) — рентгенография полости матки и маточных труб после заполнения их контрастным веществом через цервикальный канал.

ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ (*pneumoperelviographia seu roentgenoperelviographia*) — рентгенография тазовых органов после их контрастирования путем введения газа в брюшную полость.

КОЛЬПОСКОПИЯ (*colposcopia*) — метод исследования слизистой оболочки влагалищной части шейки матки и стенок влагалища путем их осмотра под увеличением с помощью кольпоскопа.

ГИСТЕРОСКОПИЯ (*hysteroscopia*) — эндоскопический метод исследования слизистой оболочки полости матки.

ГИДРОТУБАЦИЯ (*hydrotubatio*) — метод диагностики и лечения непроходимости маточных труб путем введения под давлением через полость матки лекарственных средств.

ЛАПАРОСКОПИЯ (*laparoscopia seu peritoneoscopia*) — исследование органов брюшной полости путем их осмотра с помощью эндоскопов, вводимых через прокол или разрез брюшной стенки.

Гинекологические операции

УДАЛЕНИЕ КИСТЫ БОЛЬШОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДДВЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА (*exstirpatio cystae glandulae Bartholini*) — иссечение кисты из окружающих тканей.

КОЛЬПОЦЕЛИОТОМИЯ (*colpocoeliotomia*) — вскрытие брюшной полости через передний или задний своды влагалища.

ПОЛИПЭКТОМИЯ (*polypectomia*) — удаление полипа шейки матки или эндометрия.

АМПУТАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (*amputatio cervicis uteri*) — удаление части шейки матки с последующим ушиванием.

ТРАХЕЛОРРАФИЯ (*trachelorrhaphia*) — зашивание разреза или разрыва шейки матки.

ПЕРЕДНЯЯ КОЛЬПОРРАФИЯ (*colporrhaphia anterior*) — пластическая операция (ушивание передней стенки влагалища).

КОЛЬПОПЕРИНЕОПЛАСТИКА (*colpoperineoplastica*) — пластическая операция (ушивание задней стенки влагалища и мышц тазового дна).

ВЕНТРОФИКСАЦИЯ МАТКИ (*ventrofixatio uteri*) — операция подшивания матки к внутренней поверхности передней брюшной стенки.

СРЕДИННАЯ КОЛЬПОРРАФИЯ (*colporrhaphia mediana seu operatio Neugebaueri — Le Fort*) — операция при выпадениях матки, заключающаяся в выкраивании лоскутов одинаковой величины из передней и задней стенок влагалища, с последующим сшиванием поверхностей между собой, применяется у пожилых женщин, не живущих половой жизнью.

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (*exstirpatio uteri vaginalis*) — удаление матки через влагалище.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ (*myomectomy conservativa*) — удаление миоматозных узлов с сохранением большей части матки.

НАДВЛАГАЛИЩНАЯ АМПУТАЦИЯ МАТКИ (*amputatio uteri supravaginalis*) — резекция тела матки с сохранением ее нижней части и шейки матки.

ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (*extirpatio uteri*) — полное удаление матки.

ОПЕРАЦИЯ ВЕРТГЕЙМА (*operatio Wertheimi*) — расширенное удаление пораженной раком матки с придатками, верхней третью влагалища, околоматочной клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами.

РЕЗЕКЦИЯ ЯИЧНИКА (*resectio ovarii*) — частичное удаление яичника с оставлением неизменной ткани.

САЛЬПИНГЭКТОМИЯ (*salpingectomy*) — удаление маточной трубы.

САЛЬПИНГОЛИЗИС (*salpingolysis*) — освобождение маточной трубы от сращений и спаек.

САЛЬПИНГОСТОМИЯ (*salpingostomia*) — создание искусственного отверстия в разрезанной маточной трубе.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ (*sterilizatio*) — перевязка или иссечение маточных труб.

АКУШЕРСТВО

АКУШЕРСТВО (*obstetrisia*) — область клинической медицины, изучающая физиологические и патологические процессы, связанные с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, разрабатывающая и осуществляющая родовспоможение, профилактику и лечение осложнений беременности и родов, а также болезней плода и новорожденного.

Беременность физиологическая

ПЛАЦЕНТА (*placenta*) — орган, образующийся на время беременности из плодных оболочек. Через плаценту осуществляется обмен веществ между организмами матери и зародыша (плода).

ПЛОДНЫЕ ОБОЛОЧКИ (*membranae fetale*) — оболочки, окружающие плод (амнион, хорион и часть децидуальной оболочки).

АМНИОН (*amnion*) — водная оболочка (защитная), образующаяся вокруг зародыша из эктодермы и париетального листка мезодермы.

ХОРИОН (*chorion*) — ворсинчатая оболочка развивающегося трофобласта и мезенхимы, снабжена ворсинками, врастающими в слизистую оболочку матки.

ДЕЦИДУАЛЬНАЯ ОБОЛОЧКА (*membrana decidua*) — слизистая оболочка матки, трансформированная после имплантации зародыша.

ПУПОВИНА (*funiculus umbilicalis*) — пупочный канатик, тая, соединяющий туловище плода с плацентой, содержит кровеносные сосуды (две артерии и одну вену), желточный проток и проток аллантоиса.

ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ (*liquor amnii*) — жидкость, заполняющая полость амниона; содержит белки, жиры, глюкозу, гормоны, соли, витамины, а также продукты жизнедеятельности плода.

РУБЦЫ БЕРЕМЕННОСТИ (*striae gravidarum*) — розоватого цвета полосы, располагающиеся в области пупка нижних отделах живота, на бедрах, плечах и локтях, появляющиеся во второй половине беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ МНОГОПЛОДНАЯ (*graviditas multifetalis*) — беременность, при которой происходит одновременное развитие в матке двух и более плодов.

Патология беременности

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (*graviditas extrauterina*) — беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.

МАЛОВОДИЕ (*oligohydramnion*) — малое количество околоплодных вод (менее 500 мл).

МНОГОВОДИЕ (*hydramnion*) — избыточное количество околоплодных вод (более 1500 мл).

ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ (*toxicosis gravidarum*) — общее название патологических состояний, возникающих при беременности и осложняющих ее течение. Прекращаются, как правило, после окончания беременности.

РАННИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ (*toxicosis gravidarum praesox*) — токсикоз беременных, возникающий в первые месяцы беременности (рвота, дерматоз, неврит).

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ (*emesis gravidarum*) — ранний токсикоз беременных, основным проявлением которого является рвота, возникающая независимо от приема пищи.

ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ (*toxicosis gravidarum tarda*) — токсикоз беременных в форме водянки беременных, нефропатии, преэклампсии и эклампсии, возникающий в основном во второй половине беременности.

ВОДЯНКА БЕРЕМЕННЫХ (*hydrops gravidarum*) — начальная форма позднего токсикоза беременных, характеризующаяся задержкой жидкости в организме без нарушения функции почек и проявляющаяся наличием отеков.

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ (*nephropathia gravidarum*) — форма позднего токсикоза беременных, характеризующаяся отеками, артериальной гипертензией и протеинурией.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ (*praeeclampsia*) — поздний токсикоз беременных, характеризующийся головной болью, нарушением зрения, тошнотой, болями в животе, предшествует возникновению эклампсии.

ЭКЛАМПСИЯ (*eclampsia*) — тяжелая форма позднего токсикоза беременных, проявляющаяся, как правило, судорожными припадками.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (*placenta praevia*) — прикрепление и расположение плаценты в нижнем маточном сегменте, т. е. на пути рождающегося плода.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (*ablatio placentae praematura seu ablatio placentae arte tempus*) — отделение плаценты в период беременности или родов (до рождения плода).

Роды физиологические

РОДЫ (*partus*) — физиологический процесс, при котором происходит изгнание плода и последа из полости матки через естественные родовые пути.

КОНТРАКЦИЯ (*contractio*) — сокращение каждого мышечного волокна во всех мышечных пластах.

РЕТРАКЦИЯ (*retractio*) — взаимное смещение мышечных волокон стенки матки во время каждой схватки.

ДИСТРАКЦИЯ (*distractio*) — растяжение циркулярных мышц нижнего сегмента матки в процессе родов.

ПЛОДНЫЙ ПУЗЫРЬ (*vesica fetalis*) — часть плодных оболочек, внедряющаяся вместе с околоплодными водами в канал шейки матки, доступная исследованию во время родов.

КОНТРАКЦИОННОЕ ИЛИ ПОГРАНИЧНОЕ КОЛЬЦО (*anulus contractionis seu anulus terminalis*) — поперечная борозда на матке, соответствующая границе между телом матки и ее нижним сегментом, прощупываемая через переднюю брюшную стенку при родах.

НИЖНИЙ СЕГМЕНТ МАТКИ (*isthmus uteri*) — часть матки в родах, которая формируется из перешейка и шейки матки.

ПОЯС СОПРИКОСНОВЕНИЯ (*cingulum contactus*) — место прилегания головки плода к нижнему сегменту матки в процессе родов.

Роды патологии родов

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ Р. (*partus praematurus*) — роды, наступившие при сроке беременности 28—36 нед.

ЗАПОЗДАЛЫЕ Р. (*partus serotinus*) — роды, наступившие при сроке беременности более 42 нед.

БЫСТРЫЕ Р. (*partus rapidus*) — роды, длительность которых составляет 3—5 ч.

СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ Р. (*partus praecipitatus*) — роды, длительность которых составляет менее 3 ч.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (*effluvium liquoris amnii praematurum*) — отхождение околоплодных вод до начала родов.

РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (*effluvium liquoris amnii praesox*) — отхождение околоплодных вод с началом родовой деятельности при открытии маточного зева до 6 см.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (*inertia uterina*) — затяжное раскрытие шейки матки, обусловленное недостаточной силой и продолжительностью сокращений матки, увеличением пауз между схватками.

БУРНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (*hyperdinamia uteri*) — характеризуется частыми и сильными схватками.

ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (*dyscoordinatio uteri*) — расстройство координации и симметричности сокращений разных отделов матки.

ЗАДЕРЖКА ЧАСТЕЙ ПОСЛЕДА (*retentio partium placentae seu retentio partium secundinarum*) — неотторгнувшиеся и оставшиеся в матке остатки плаценты или оболочек.

ВЫЖИМАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (*expressio placentae*) — удаление плаценты из полости матки наружными приемами (Абуладзе, Гентера, Креде).

РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (*separatio et extractio placentae manualis*) — отделение плаценты от стенки матки рукой, введенной в полость матки.

РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ (*ruptura perineei*) — нарушение целостности тканей промежности в результате чрезмерного растяжения их в процессе родов или оперативного родоразрешения через естественные родовые пути.

РАЗРЫВ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА (*ruptura vaginae seu colporrhexis*) — нарушение целостности стенок влагалища.

РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ (*ruptura cervicis uteri*) — нарушение целостности шейки матки.

УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ (*ruptura uteri imminens*) — состояние, характеризующееся чрезмерным растяжением нижнего сегмента матки и усилением болей.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ (*ruptura uteri spontanea*) — разрыв матки, наступивший без внешних воздействий.

Послеродовой период

ПОСЛЕД (*secundinae*) — орган, связывающий плод с организмом матери, состоящий из плаценты, околоплодных оболочек и пуповины.

ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ (*involutio uteri*) — процесс уменьшения размеров матки в послеродовом периоде.

ЛОХИИ (*lochia*) — послеродовые выделения из матки, состоящие из крови, слизи, некротизированных тканей децидуальной оболочки.

СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ (*subinvolutio uteri*) — состояние, характеризующееся замедлением инволюции матки и задержкой выделений из матки.

ЛОХИОМЕТРА (*lochiometra*) — задержка лохий в полости матки, обусловленная снижением сократительной способности матки или спазмом ее шейки.

ГИПОГАЛАКТИЯ (*hypogalactia*) — понижение секреторной деятельности молочных желез в период лактации.

Аборт

АБОРТ (*abortus*) — прерывание беременности в первые 28 нед.

ИСКУССТВЕННЫЙ А. (*abortus artificialis*) — аборт, вызванный преднамеренно воздействием непосредственно на плодное яйцо, плодovместилеще, организм беременной.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ А. (*abortus spontaneus*) — аборт, наступивший без преднамеренных действий беременной или других лиц с целью прерывания беременности.

УГРОЖАЮЩИЙ А. (*abortus imminens*) — начальная стадия самопроизвольного аборта, характеризующаяся нерезко выраженными болями внизу живота при закрытом наружном зеве шейки матки.

НАЧАВШИЙСЯ А. (*abortus incipiens*) — стадия самопроизвольного аборта, характеризующаяся выраженными болями внизу живота и кровянистыми выделениями при частично открытом зеве шейки матки.

А. В ХОДУ (*abortus progrediens*) — стадия самопроизвольного аборта, при котором плодное яйцо частично или полностью отделилось от стенки матки, но находится еще в полости матки или канале шейки матки.

НЕПОЛНЫЙ А. (*abortus incompletus*) — наличие в полости матки остатков плодного яйца.

ПОЛНЫЙ А. (*abortus completus*) — самопроизвольный аборт, характеризующийся выхождением из полости матки всего плодного яйца.

КРИМИНАЛЬНЫЙ А. (*abortus criminalis*) — искусственный аборт, произведенный вне лечебного учреждения.

РАННИЙ А. (*abortus praecox*) — самопроизвольный аборт, наступивший при сроке беременности до 16 нед.

ПОЗДНИЙ А. (abortus tardus) — аборт, наступивший при сроке беременности от 16 до 28 нед.

Плод и новорожденный

ПЕРИНАТОЛОГИЯ (perinatologia) — область клинической медицины, изучающая развитие плода и новорожденного в норме и при патологии в перинатальный период.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД (periodus perinatalis) — период с 28-й недели внутриутробной жизни плода, включая первые 7 сут после родов.

ЭМБРИОН (embryonis) — организм человека на протяжении первых 8 нед внутриутробного развития.

ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ (embryogenesis) — период внутриутробного развития (первые 8 нед), в течение которого преобладают процессы закладки и формирования органов.

ПЛОД (fetus) — человеческий зародыш с девятой недели внутриутробного развития до момента рождения.

НОВОРОЖДЕННЫЙ (neonatus) — организм ребенка с момента рождения до 28 дней жизни.

ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА (habitus fetus) — отношение головки и конечностей к туловищу плода.

ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА (situs fetus) — отношение оси плода к оси матки. Плод может находиться в продольном, поперечном и косом положении.

ПОЗИЦИЯ ПЛОДА (positio fetus) — отношение спинки плода к правой и левой стенкам матки.

ВИД ПОЗИЦИИ ПЛОДА (visus positionis fetus) — отношение спинки плода к передней или задней стенкам матки.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА (praesentatio fetus) — отношение наиболее низко расположенной части плода ко входу в малый таз.

АУСКУЛЬТАЦИЯ (auscultatio) — выслушивание сердечных тонов плода через переднюю брюшную стенку беременной.

БЛЕННОРЕЯ НОВОРОЖДЕННЫХ (blennorrhoea neonatorum) — острое гнойное воспаление конъюнктивы, чаще гонорейной этиологии, развивающееся на 2-3-й день после рождения.

УРОДСТВО ПЛОДА (monstruositates fetus) — пороки развития, захватывающие несколько органов и систем или весь организм.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА (*anomaliae genesis fetus*) — пороки развития, наблюдающиеся в одном из органов плода или захватывающие ограниченный участок тела.

ГИДРОЦЕФАЛИЯ (*hydrocephalia*) — избыточное накопление цереброспинальной жидкости в желудочках мозга и подбололочечных пространствах.

АНЭНЦЕФАЛИЯ (*anencephalia*) — уродство плода, характеризующееся отсутствием свода черепа и большей части головного мозга при хорошо развитой лицевой части головки.

НОВОРОЖДЕННЫЙ НЕДОНОШЕННЫЙ (*neonatus praematurus*) — ребенок, родившийся раньше срока (на 28—36-й неделе) с массой тела менее 2500 г и ростом менее 45 см.

НОВОРОЖДЕННЫЙ ПЕРЕНОШЕННЫЙ (*neonatus supermaturus*) — новорожденный, родившийся при сроке беременности свыше 42 нед, с отсутствием первородной смазки, мацерацией кожных покровов, уплотнением костей черепа, сужением швов и родничков.

РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ (*caput succedaneum*) — отек предлежащей части плода с мелкоочечными кровоизлияниями, обусловленный застоем лимфы и крови в подкожной клетчатке.

КЕФАЛГЕМАТОМ (*cephalhematoma*) — кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа, сопровождающееся ее отслойкой.

ЖЕЛТУХА ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ (*icterus physiologicus*) — транзиторная желтуха, возникшая у большинства здоровых новорожденных в первые дни жизни.

РОДОВАЯ ТРАВМА (*trauma obstetricum*) — травма органов и тканей новорожденного, возникшая во время родов.

ГИПОКСИЯ ПЛОДА (*hypoxia fetus*) — состояние, возникающее вследствие уменьшения поступления кислорода к плоду, обусловленное нарушением маточно-плацентарного или пуповинного кровообращения, заболеваниями матери.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО (*asphyxia neonatorum*) — состояние новорожденного ребенка, характеризующееся отсутствием дыхания (нерегулярные дыхательные движения) при наличии сердечной деятельности.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ (*morbus haemolyticus neonatorum*) — врожденное заболевание, обусловленное несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору, группе.

Акушерские операции

ВСКРЫТИЕ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ (*diruptio velamentorum ovii seu amniotomia*) — искусственный разрыв плодного пузыря по показаниям.

ПЕРИНЕОТОМИЯ (*perineotomia*) — рассечение промежности по средней линии при угрожающем ее разрыве или с целью ускорения рождения плода.

ЭПИЗИОТОМИЯ (*episiotomia*) — рассечение промежности сбоку, отступя 2 см от средней линии, в пределах задней трети большой половой губы по направлению к седалищному бугру.

ПЕРИНЕОГРАФИЯ (*perineorrhaphia*) — восстановление целостности промежности после ее разрыва или рассечения.

РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ МАТКИ (*examinatio uteri manualis*) — введение руки в полость матки с целью удаления плаценты или ее частей, диагностики разрыва стенки матки и др.

РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (*separatio placentae manualis*) — отделение неотделившейся плаценты от стенки матки рукой, введенной в полость матки, с последующим удалением последа.

ВЫСКАБЛИВАНИЕ МАТКИ (*abrasio uteri*) — удаление содержимого матки и ее слизистой оболочки с помощью кюретки.

КОЛЬПЕЙРИЗ (*colpeuryesis*) — операция, при которой во влагалище вводится резиновый баллон (кольпейринтер) с последующим наполнением его раствором, с целью предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек и несвоевременного излития околоплодных вод.

НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ (*applicatio forcipis obstetricae*) — извлечение живого доношенного или почти доношенного плода с помощью специального инструмента (акушерских щипцов), наложенных на головку плода.

КРАНИОТОМИЯ (*craniotomia*) — нарушение целостности черепа плода путем его перфорации и удаления мозговой ткани.

ПЕРФОРАЦИЯ ГОЛОВКИ (*perforatio capitis*) — создание отверстия в черепе плода специальным инструментом (перфоратором).

ДЕКАПИТАЦИЯ (*decapitatio*) — отделение головки плода от его туловища в области шейных позвонков с целью создания условий для извлечения плода из полости матки.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (*sectio caesarea*, син. «кесарское сечение») — хирургическая операция извлечения плода и последа из полости матки через разрез в ее стенке.

МАЛОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (*sectio caesarea minor*) — чрезбрюшинное кесарево сечение, проводимое с целью прерывания беременности в сроки от 16 до 28 нед.

ЭПОНИМНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Эпонимные симптомы в акушерстве

АЛЬФЕЛЬДА, AHLFELD (I). Ahlfeld Friedrich (1843—1929), немецкий акушер-гинеколог. Альфельда с. — признак беременности: нерегулярные спазмы сегментов матки (возникают на III месяце беременности).

АЛЬФЕЛЬДА, AHLFELD (II). Альфельда с. — признак отделения плаценты: после отделения плаценты конец пуповины опускается не менее чем на 10 см.

АЛЬФЕЛЬДА, AHLFELD (III). Альфельда с. — признак двойни: пальпируемая косая или вертикальная борозда на передней стенке матки делит ее на два сегмента.

АРИАС-СТЕЛЛЫ, ARIAS-STELLA. Arias-Stella Javier, американский врач. Ариас-Стеллы с. — признак нарушения или прерывания беременности: интенсивно окрашивающиеся ядра эпителиальных клеток эндометрия, по размеру в 4—5 раз превышающие нормальные.

АРНУ, ARNOUX. Arnoux Emil (1871 — ?), французский гинеколог. Арну с. — признак двойни: повторяющиеся через определенные промежутки времени (вместе или порознь) двойные и четверные звуки, выслушиваемые в животе беременной.

БЕКЛАРА, BECLARD. Beclard Pierre Auguste (1785 — 1825), французский анатом. Беклара с. — признак доношенности плода: образование центра оссификации в нижнем эпифизе бедренной кости.

БРАУН-ФЕРНВАЛЬДА, BRAUN-FERNWALD. Braun-Fernwald Karl (1822—1891) — австрийский акушер-гинеколог. Браун-Фернвальда с. — признак беременности: асимметричное увеличение матки; между обеими частями ее нередко пальпируется продольная борозда.

ВАСТЕНА, HENKEL — ВАСТЕНА. Вастен Владимир Александрович (1846 — 1910), русский акушер-гинеколог. Вастена с. — признак степени соответствия головки плода размерам малого таза роженицы: акушер кладет ладонь на переднюю поверхность лонного сочленения роженицы, лежащей на спине (мочевой пузырь должен быть опорожнен); при передвижении ладони по брюшной стенке кверху пальпируется подлежащая часть головки плода. В норме головка плода находится кзади от плоскости лона (с. Вастена отрицательный). Если она расположена кнаружи от этой плоскости (с. Вастена положительный), то роды невозможны. В случаях стояния головки на одном уровне с лонным сочленением (с. Вастена неопределенный, «вровень») при прочих благоприятных условиях роды возможны.

ВОЛКОВИЧА (II). Волкович Николай Маркианович (1858—1926), русский хирург. Волковича с. — признак симфизита: больная в постели находится в так называемом положении лягушки — бедра несколько повернуты кнаружи и развернуты, колени слегка согнуты. Нередко наблюдается после родов или аборта.

ВРЕДЕНА. Вреден Роберт Робертович (1837—1893), отоларинголог в Петербурге. Вредена с. — признак мертворожденности: желатиноподобный сгусток в наружном слуховом проходе плода.

ГАУССА, GAUSS (I). Gauss Karl (1875—1956), немецкий гинеколог. Гаусса с. — признак угрожающей асфиксии плода во время родовой деятельности: урежение сердечных сокращений плода ниже 120 ударов в минуту.

ГЕГАРА (HEGAR), ГОРВИЦА, GOODELL (II). Hegar Alfred (1830 — 1914), немецкий акушер-гинеколог. Горвиц Мартын Исаевич (1836 — 1883), русский акушер-гинеколог. Гегара (Хегара) с. — признак беременности: нижний сегмент матки становится мягким.

ГЕНТЕРА (I). Гентер Герман Генрихович (1881 — 1937), русский акушер-гинеколог. Гентера с. — признак параметрита: приглушение перкуторного звука над передней поверхностью подвздошной кости.

ГЕНТЕРА (II). Гентера с. — признак беременности: гребневидный выступ вдоль передней поверхности матки, по консистенции не отличающийся от других ее отделов.

ГЕНТЕРА (III). Гентера с. — признак беременности: акушер вводит во влагалище два пальца, обращенные ладонной поверхностью к лону. Скользя по передней стенке влагалища, верхушки пальцев как бы натываются на бугор (дно чрезмерно антефлексирующей матки), перескочив через который они продолжают свое поступательное движение далее к переднему своду.

ГРОССЕ, GROSSE. Гроссе с. — признак хореи беременных: больная сидя поднимает обе ноги; более пораженная нога быстро опускается.

ГУБАРЕВА, GAUSS — ГУБАРЕВА. Губарев Александр Петрович (1855—1931), русский акушер-гинеколог. Губарева с. — признак беременности: легкая подвижность шейки, не передаваемая матке на I месяце беременности.

ГУДЕЛЛА, GOODELL, JOHNSON. Goodell William (1829—1894), американский акушер-гинеколог. Гуделла с. — признак беременности: мягкой консистенции шейка матки («мягкая, как губа, у беременных, твердая, как нос, у небеременных женщин») с синюшным оттенком.

ГУРВИЧА. Гурвича с. — признак симфизита: боль в поясничной области и бедрах при поднятии одной или обеих рук. Нередко наблюдается после родов.

ДИКИНСОНА, D'KINSON. Дикинсона с. — ранний признак беременности: матка приобретает шаровидную форму в результате увеличения ее переднезаднего размера.

ДОВЖЕНКО. Довженко Григорий Иосифович (1906—1969), русский акушер-гинеколог. Довженко с. — признак отделения последа: если послед еще не отделился, то при глубоком вдохе конец пуповины втягивается в матку.

ДОЛЬФА, DOLFF. Dolff Johann Joseph (род. 1906), немецкий акушер-гинеколог. Дольфа с. — возможный признак мертвого плода: если при живом плоде во время 2 последних месяцев беременности надавить на матку, то появляется боль; отсутствие боли даже при сильном давлении на боковые области живота и на поясничную область свидетельствует о возможной гибели плода.

ЖАКЕМЬЕ, JACQUEMIER, LEBHARDT, CHADWICK. Jacquemier Jean Marie (1806—1879), французский акушер. Жакемье с. — признак беременности: пятно фиолетовой окраски на слизистой оболочке влагалища под отверстием уретры начиная с 4-й недели беременности.

КАНТЕРА, KANTER. Kanter Aaron Elias (1893 — ?), американский гинеколог. Кантера с. — признак гибели плода: давление на головку плода не вызывает его шевеления.

КЛЕЙНА, KLEIN. Клейна с. — признак отделения послеродовую женщину просят натужиться, одновременно врач ребром ладони надавливает на нижний сегмент матки; если послед еще не отделился, то пуповина втягивается во влагалище.

ЛАДИНСКОГО, LADINSKI. Ladinski Louis Julius (1862—?), американский акушер-гинеколог. Ладинского с. — признак беременности: зона эластической консистенции с овальным контуром по средней линии над симфизом, где определяется ложная флюктуация; с нарастанием беременности размеры упомянутой зоны увеличиваются.

ЛЕННЕ, LOENNE. Loenne Friedrich, немецкий акушер-гинеколог. Ленне с. — ранний признак беременности: при попытке ввести катетер в мочевой пузырь ощущается легкое сопротивление, обусловленное увеличением матки.

МАЙЕРА, MAYER. Mayer Karl Wilhelm (1795—1868), немецкий акушер-гинеколог. Майера с. — признак беременности: выслушивание сердцебиения плода.

МАК-КЛИНТОКА, McCLINTOCK. McClintock Henry (1822—1881), ирландский врач. Мак-Клинтоса с. — возможный признак послеродового кровотечения: учащение пульса у рожениц до 100 и более в минуту через час или несколько часов после родов.

МАЛЕРА, MAHLER, MICHAELIS. Mahler Richard A. (1895—?), венгерский акушер. Малера с. — возможный признак послеродового острого тромбоза: учащение пульса без соответствующего повышения температуры у рожениц.

МИКУЛИЧА-КАЛЬМАНА, MIKULICZ—CALMANN. Mikulicz-Radecki Felix (1892—?), немецкий акушер-гинеколог. Микулича—Кальмана с. — признак отделения плаценты: появление позывов «на низ» с ощущением давления в прямой кишке.

МИХЕЛЬСОНА. Михельсона с. — признак деструктивной формы острого аппендицита у беременных: усиление боли в правой половине живота в положении больной на правом боку, когда матка давит на воспаленный очаг.

МОЛЛА, MOLL. Moll L., немецкий врач. Молла с. — признак гипогалактии: отсутствие разницы кожной температуры, измеренной под молочной железой и в подмышечной впадине; обычно во время лактации температура под молочной железой на 0,4—1 °C выше.

НОУБЛА, NOBLE. Noble Georg Henry (1860—?), американский акушер. Ноубла с. — признак беременности: при влагалищном исследовании, начиная с III месяца беременности, пальпируются заполненные влагалищные своды.

ОПОКИНА, «СПЕЛОГО АРБУЗА». Опокин Александр Александрович (1878—1935), русский хирург. Опокина с. — признак симфизита: сдавливая таз толчкообразными движениями, можно прослушать с помощью фонендоскопа хруст в области лонного сочленения (наблюдается после родов или аборта).

ОСИАНДЕРА, OSIANDER. Osiander Friedrich (1759—1882), немецкий акушер-гинеколог. Осияндера с. — признак ранней беременности: пульсация сосудов влагалища.

ПИСКАЧЕКА, PISKACZEK. Piskaczek Ludwig (1854—1933), австрийский акушер-гинеколог. Пискачека с. — признак беременности: асимметричное увеличение матки.

РАША, RASCH. Rasch Hermann (1873—?), немецкий акушер-гинеколог. Раша с. — признак ранней стадии беременности: флюктуация нижнего сегмента матки при влагалищном исследовании и одновременном надавливании снаружи второй рукой по направлению книзу.

РЕЙСНЕРА, REUSSNER. Рейснера с. — признак беременности: при влагалищном исследовании (начиная с IV месяца) обнаруживается усиленная пульсация маточных артерий, пальпируемая в области заднего свода.

РИНМАНА, RINMANN. Ринмана с. — единственный признак ранней стадии беременности: радиарные утолщения вокруг соска молочной железы.

РУСИНА, McDONALD. Русин Яков Ильич, русский акушер-гинеколог. Русина с. — признак беременности: при пальпации облегчается возможность сближения тела матки с шейкой.

СНЕГИРЕВА. Снегирев Владимир Федорович (1847—1916), русский акушер-гинеколог. Снегирева с. — признак беременности: при бимануальном исследовании, начиная со II месяца, матка сокращается и уплотняется.

ТАРНЬЕ, TARNIER. Tarnier Stephan (1828—1897), французский гинеколог. Тарнье с. — признак угрожающего аборта: сглаживание угла между верхним и нижним сегментами матки во время беременности.

ФРАНКА, FRANK. Frank Rudolf (1862—1913), австрийский хирург. Франка с. — признак доношенности плода: ширина плеч несколько больше окружности головы (примерно 35/34 см).

ФРОММЕЛЯ—БАНДЛЯ, FROMMEL—BANDL. Frommel Richard (1854—1912), немецкий гинеколог; Bandl Ludwig (1842—1892), немецкий акушер. Фроммеля—Бандля с. — признак угро-

жающего разрыва матки: контракционное кольцо перемещается максимально кверху и занимает косое положение.

ХАЛЬБАНА, HALBAN. Halban Josef (1870—1937), австрийский акушер-гинеколог. Хальбана с. — возможный признак беременности: усиленный рост мелких волосков на лице и по всему телу.

ХЕНЕ, НОЕННЕ. Hoehne Ottomar (1871—1932), немецкий акушер-гинеколог. Хене с. — признак разрыва матки: сокращения матки прекращаются и не возобновляются даже после введения питуитрина.

ХИКСА, NICKS. Hicks John Braxton (1823—1897), английский гинеколог. Хикса с. — признак беременности: «перемещающиеся» сокращения матки, начиная с III месяца; симптом нередко наблюдается также при опухолях матки.

ХОЛЬЦАПФЕЛЯ, HOLZAPFEL. Holzapfel Karl (1868—1942), немецкий акушер. Хольцапфеля с. — признак беременности: если при вагинальном исследовании направлять тело небеременной матки в сторону мыса крестца, то оно выскальзывает как вишневая косточка; тело же беременной матки (на I—III месяце) перемещается медленно.

ХОФШТЕТТЕРА—КАЛЛЕНА—ХЕЛЕНДАЛЯ, HOFSTATTER—CULLEN—HEILAND. Хофштеттера—Каллена—Хелендаля с. — см. с. Cullen.

ЧУКАЛОВА, KUSTNER. Чукалов Николай Николаевич (1889—1958), русский акушер—гинеколог. Чукалова с. — признак отделения плаценты: при надавливании кончиками пальцев на надлобковую область в направлении к мысу крестца пуповина остается неподвижной; если же послед еще не отделился, то пуповина втягивается во влагалище.

ШОСЬЕ, CHAUSSIER. Chaussier Francois (1746—1828), французский акушер-гинеколог. Шосье с. — возможный признак угрожающей эклампсии: острая боль в эпигастрии — предвестник эклампсии беременных.

ШТРАССМАННА, STRASSMANN. Strassmann Paul Ferdinand (1866—1938), немецкий акушер-гинеколог. Штрассманна с. — признак отделения последа: если плацента отделилась, то при перкуссии дна матки перкуSSIONная волна пуповине не передается.

Эпонимные синдромы в акушерстве

АНДЕРСОНА—НОВИ, Anderson — Novy, congenital defect of the scalp (англ.) Андерсона — Нови с. — очаговая атрофия кожи головы у новорожденных, овальные участки атрофии кожи величиной от булавочной головки до монеты; нередко сочетаются с другими аномалиями развития.

АПЕЛЬТА—ГЕРКЕНА—ЛЕНЦА Apelt — Gerken — Lenz, tetraphocomelia, синдром Roberts. Apelt Н. немецкий педиатр; Gerken Hartmut (род. 1934), немецкий педиатр (ФРГ); Lenz Widukind (род. 1919), немецкий генетик (ФРГ). Апельта — Геркена — Ленца с. — комплекс наследственных аномалий (аутосомно-рецессивное наследование): переношенная беременность, заканчивающаяся рождением плода с недостаточной массой и длиной тела; тетрафocomелия (незначительно укорочены конечности за счет гипо- или даже аплазии их костей); оксицефалия с пучеглазием; волчья пасть и заячья губа; «антимонголоидное» расположение глазной щели; выраженная гипертрофия клитора. Гинекотропизм.

БЕЛЛЕНТАЙНА—РУНГЕ, Ballantyne — Runge, синдром Runge, синдром Ballantyne, syndromus dysfunctionis placentae, синдром Clifford, dystaturitas. Ballantyne John Williams (1861—1923), шотландский акушер; Runge R. (1897—1964), немецкий акушер. Беллентайна — Рунге с. — симптомокомплекс дисфункции плаценты у переношенных плодов: беременность у первородящих женщин (обычно старше 26 лет) продолжительностью 280—300 дней; резко уменьшено количество околоплодных вод. У новорожденных сухая, желтушная, пергаментоподобная кожа, нередко шелушение в виде пластов; отсутствуют первородная смазка и пушковые волосы, рост выше нормы, питание пониженное; иногда аспирация околоплодных вод; часто судороги; нередко плод погибает. Если послеродовой период протекает без осложнений, прогноз благоприятный.

БАРА, Bar, colibacillosis gravidarum. Бара с. — абдоминальный симптомокомплекс у беременных: боль в области желчного пузыря, мочеточников и аппендикса; лихорадка, бактериурия; нередко эти явления продолжаются в послеродовом периоде, симулируя пуэрперальную инфекцию. Развитие синдрома связано с попаданием кишечной палочки гематогенным и лимфогенным путями в различные органы в случаях запоров.

БРЕНТАНО, Brentano. Brentано с. — неясной этиологии расстройства метаболизма мышечного гликогена во время беременности: значительное уменьшение содержания гликогена в печени, креатинурия.

ВИДЕМАНА, Wiedemann, синдром Wiedemann — Lenz, *dysmelia embryopathia — syndromus, contergan-baby syndrome* (англ.), синдром Miehke — Partsch. Wiedemann Hans — Rudolf (род. 1915), немецкий педиатр (ФРГ). Видемана с. — врожденные дефекты у детей, матери которых во время беременности пользовались препаратами (обычно снотворными средствами), содержащими таллидомид: анемия или дисмелия, аплазия больших пальцев, аплазия лучевой, большеберцовой или бедренной кости. Часто также — аномалии сердца, почек, кишечника и гемангиомы.

ГАССЕРА—КАРРЕРА, Gasser — Karrer. Gasser Conrad (род. 1912), швейцарский педиатр и гематолог, Karrer I., швейцарский врач. Гассера — Каррера с. — приобретенная тяжелая гемолитическая анемия с образованием включений в эритроцитах, обычно встречающаяся у преждевременно родившихся детей; проявляется в первые дни жизни; выраженная желтуха, взаимоотношения факторов крови нормальные, увеличенная печень. Кровь: образование включений в эритроцитах, первичная ретикулоцитопения, анемия, ретикулоцитарный криз, микросфероцитоз, эозинофилия, моноцитоз. Костный мозг: торможение созревания эритроцитов, эозинофилия, увеличенное число макрофагов. Гипербилирубинемия (особенно увеличено количество непрямого билирубина), увеличенное содержание железа и остаточного азота в крови; билирубинурия.

ГРЕГГА, Gregg, *embryopathia tuberculosis*. Gregg Norman McAllister, австралийский врач. Грегга с. — комплекс врожденных аномалий у новорожденных; матери которых в течение 3 мес беременности болели краснухой: врожденная катаракта, аномалии сетчатки, атрофия зрительного нерва, микрофтальм, нистагм; глухота в результате нарушения развития внутреннего уха, различные нарушения развития среднего и наружного уха; врожденные пороки сердца (преимущественно дефекты перегородок и незаращение боталлова протока). Микроцефалия, расстройства деятельности ЦНС (экстрапирамидные симптомы, задержка умственного развития, тонические и клонические судороги). Гипоплазия зубной эмали, запоздалое прорезывание зубов, зубной кариес. Аномалии почек, крипторхизм, гипоспадия, косолапость.

ГРЕЯ, Gray. Грея с. — интоксикация левомецетином у грудных детей: прогрессирующий общий цианоз, коллапс; смена не регулярного дыхания задержкой дыхания; увеличение живота; признаки непроходимости кишечника, анорексия; гипотермия.

ДЖЕРБАЗИ, Gerbasi, *anaemia Gerbasi, anaemia pseudo-Biermer*. Gerbasi Michele (род. 1900), итальянский педиатр. Джербазис. — ложнозлокачественное малокровие у новорожденных: харак-

терная для витамин-В₁₂-дефицитной анемии взрослых триада симптомов: мегалоцитоз в крови с мегалобластозом в костном мозге, глоссит, экстрапирамидный мышечный гипертонус и тремор. Часто — бледная кожа, пониженное питание с небольшими отеками, анорексия, дисфагия, увеличенная печень. Кровь: нормо- или макроцитарная анемия; периферический мегалобластоз не наблюдается; умеренный мегалоцитоз; часто тромбоцитопения; число ретикулоцитов снижено. Костный мозг: мегалобластоз и нормобластоз, аномалии миелоидных элементов и ядер, увеличенное количество гистиоцитов. Периодически — гемолиз. Заболевание обычно начинается на втором или третьем году жизни. Прогноз хороший: наблюдается полное выздоровление после лечения печенью, фолиевой кислотой и витамином В₁₂. Чаще наблюдается на островах Сардиния и Сицилия, реже — в Средней Европе.

КАРИНИ, Carini, morbus Seeligmann, alligator boy (англ.), ichthyosis congenita, ichthyosis sebacea. Carini Antonino, итальянский дерматолог. Карини с. — разновидность врожденного ихтиоза (аутосомно-рецессивное наследование): у новорожденного гладкая, блестящая темно-красная кожа с трещинами и чешуйками, преимущественно на сгибательных поверхностях; чешуйки часто шелушатся, под ними появляется мягкая эластичная кожа.

КОМЛИ, Comly, coal-water methemoglobinemia (англ.). Comly Hunter H., американский педиатр. Комли с. — острая или хроническая метгемоглобинемия у грудных детей, для приготовления пищи которым используется вода с повышенным содержанием нитритов или нитратов: серый цианоз, метгемоглобинемия; взятая из вены кровь выглядит бурой; периодически поносы; часто лейкоцитоз.

КУВАДЕ, couvade; couver (франц.) — созреть. Куваде с. — нервно-психические проявления у женатых мужчин во время беременности или родов жены: чувство страха, парестезии, головная боль, боли в подложечной области и области сердца. Диодор Сицилийский (ок. 90—21 г. до н. э.) описал религиозный ритуал на острове Корсика: во время родов жены муж укрывается в доме и имитирует движения тела жены.

КУВЕЛЕРА Couvelaire, apoplexia uteroplacentaris, morbus Couvelaire, abruptio placentae, uterus Couvelaire. Couvelaire Alexandre (1874 — 1948), французский акушер. Кувелера с. — эндогенная преждевременная отслойка плаценты с местным кровотечением и геморрагическим диатезом: к концу нормальной беременности проявляется быстро нарастающая боль в туловище, временами напоминающая потуги; нередко — кровянистые выделения в не-

большом количестве из влагалища, преждевременный разрыв плодного пузыря. Больная жалуется на тошноту, беспокойство, страх. Через некоторое время появляются признаки острого внутреннего кровотечения с явлениями коллапса. При влагалищном исследовании — ригидная шейка матки с небольшим открытием; матка настолько тверда, что прощупать контуры плода невозможно. Сердцебиение плода ускорено, нерегулярно, позже с трудом прослушивается. Прогноз неблагоприятный.

де ЛЕ, de Lee, dystokia — dystrophia syndromus, dystocia-dystrophia syndromus. де Ле с. — невозможность родить естественным путем живого ребенка при перенесенной беременности и высоком вставлении головки; нередко сопутствуют стертые симптомы адипозогенитальной дистрофии.

ЛЕНДОРФА, Lehdorf. Лендорфа с. — аллергическая анемия у новорожденных: острое начало на 6—8-й день жизни, быстро прогрессирующая бледность кожных покровов. Селезенка и печень не увеличены. Анемия спонтанно ликвидируется; развитие с., по-видимому, обусловлено алергизацией белками и гормонами матери.

ЛИННЕВЕ, Linneweh, синдром Landsteiner, meconium-ileus, ileus neonatorum spasticus, meconium plug syndrome (англ.) Linneweh F., немецкий педиатр. Линневей с. — функциональная кишечная непроходимость у новорожденных: в течение суток после родов рвота с примесью желчи, отсутствие или наличие скудного мекония; вздутие живота; пальпируются спастические кишечные петли; иногда ректальная стимуляция ведет к спонтанному опорожнению кишечника. Рентгенологически — изменения различного характера в зависимости от продолжительности непроходимости: замедление продвижения кишечного содержимого, неравномерное расширение тонкой кишки, вздутие толстой кишки, отсутствие воздуха в дистальных отделах толстой кишки.

ПФАННЕНШТИЛЯ, Pfannenstiel, icterus gravis neonatorum, icterus gravis familiaris, icterus gravis habitualis, morbus haemolyticus neonatorum, fetosis haemolytica. Pfannenstiel Johann (1862—1909), немецкий гинеколог. Пфанненштиля с. — тяжелая прогрессирующая гемолитическая желтуха у новорожденных в связи с образованием антител в организме матери против какого-либо фактора крови плода (обычно против резус-фактора); через несколько часов после рождения появляется желтуха; нередко ребенок уже рождается желтушным; часто — выраженная анемия с эритробластозом; гепатоспленомегалия; геморрагический диатез (прогностически особенно неблагоприятный признак); иногда обильный отек: мозговые нарушения, вызванные желтухой; судороги,

одышка, расстройства кровообращения; гетеротропные очаги кроветворения в селезенке, печени, легких, почках, щитовидной железе и др.; выраженная гипербилирубинемия; умеренная билирубинурия.

ТОМАЗЕЛЛИ, Tomaselli. Tomaselli Salvatore (1834—1906), итальянский врач. Томазелли с. — симптомокомплекс в случаях передозировки или продолжительного употребления хинина: лихорадка, гематурия, рвота.

УИЛЛЗА, Wills, синдром Wills — Balfour — McSwiney, синдром Wills — Mehta, anaemia nutritiva megaloblastica. Wills Lucy, английский врач в Индии. Уиллза с. — мегалоцитарная анемия беременных в субтропических поясах (главным образом на юге Индии): общая слабость и отек конечностей, воспаление слизистой оболочки полости рта и языка; часто лихорадка; в периферической крови выраженная гиперхромная анемия с мегалоцитозом и мегалобластозом, лейкопения, относительный лимфоцитоз, тромбопения. Обычно развивается у беременных, употреблявших пищу, бедную животными белками и витаминами А, В и С.

УИЛСОНА—МАЙКИТИ, Wilson — Mikity, pneumonia interstitialis mononuclearis focalis fibrosans, respiratory distress syndrome (англ.) Wilson Miriam Geisendorfer (род. 1922), американский педиатр; Mikity Victor, детский врач, педиатр, педиатр-блог. Уилсона — Майкити с. — респираторный симптомокомплекс у новорожденных: одышка, кашель; периодический или постоянный цианоз; затрудненное отхаркивание с аспираторной пневмонией; прогрессирующая сердечно-легочная недостаточность. Кровь — нестабильная эозинофилия. Рентгенологически — в легких картина многоочаговой эмфиземы. Наблюдается у преждевременно родившихся детей (раньше 30 нед) с малой массой тела при рождении (меньше 1500 г); симптомы появляются сразу после рождения. Прогноз неблагоприятный.

ХАЛЬБРЕХТА, Halbrecht, erythroblastosis ABO. Halbrecht J., американский врач. Хальбрехта с. — гемолитическая желтуха новорожденных в результате несовместимости групп крови матери и ребенка (несовместимость ABO), с относительно благоприятным прогнозом.

ХЕММЕНА, Hamman. Hamman Louis (1877 — 1946), американский врач. Хеммена с. — симптомокомплекс, возникающий у роженицы во время потуг: подкожная эмфизема, пневмоторакс, одышка, цианоз, расстройства циркуляции крови, боль, экстракардиальные шумы, синхронные сердечным сокращениям. Рентгенологически — воздух в средостении. Чаще наблюдается у первородящих.

ЧИАРИ—ФРОММЕЛЯ, Chiari — Frommel, morbus Frommel, atrophia uteri puerperalis. Chiari J., немецкий акушер; Frommel Richard Julius Ernst (1854—1912), немецкий гинеколог. Чиари — Фроммеля с. — атрофия полового аппарата в послеродовом периоде: атрофия матки, затянувшаяся лактация, аменорея, боли в области крестца с иррадиацией в ноги; головная боль; часто депрессивное состояние и плохой сон; в моче уменьшено количество фолликулолестимулирующего гормона. Иногда обнаруживается аденома гипофиза с явлениями акромегалии или без них.

ШЕЛДОНА, Sheldon, maternal obesity syndrome (англ.) Sheldon J. M., английский педиатр. Шелдона с. — эндокринные нарушения у беременных, позже переходящие в сахарный диабет: во время беременности быстро нарастает масса тела, что продолжается и после родов; обычно рождаются гигантские дети; сахарная нагрузка — как при скрытом диабете. Позже развивается явный сахарный диабет.

ШТЕЙДЕЛЕ, Steidele. Steidele Raphael, австралийский акушер. Штейделе с. — симптомокомплекс у новорожденных с врожденным отсутствием аорты: симптомы проявляются тотчас после рождения; одышка, беспокойство, бледность, сменяющаяся цианозом, тахикардия (частота пульса превышает 200 ударов в минуту). Рентгенологически — грудная клетка расширена во все стороны, восходящая часть аорты переходит непосредственно в нисходящую. Летальный исход в течение нескольких часов или дней после рождения.

Эпонимные симптомы в гинекологии

БЕНЗАДОНА, BENZADON. Бензадона с. — признак опухоли или нагноения молочной железы: если двумя пальцами сдавить сосок молочной железы, а остальными пальцами передвинуть пальпируемую опухоль кнутри, то наблюдается втягивание соска.

БЛЕКСЛЕНДА, BLAXLAND. Блексленда с. — дифференциально-диагностический признак крупной кисты яичника и асцита: на живот выше уровня передних верхних остей подвздошных костей накладывают линейку, на которую сильно надавливают двумя руками в направлении позвоночника. При наличии кисты яичника ощущается пульсация брюшного отдела аорты.

БЛЮМЕРА, BLUMER. Блюмера с. — возможный признак воспаления или опухоли дугласова пространства: выпячивание слизистой оболочки стенки прямой кишки.

БОЛТА, BOLT. Болта с.— признак разрыва маточной трубы; выраженная болезненность при смещении шейки матки.

ГОЛДЕНА, GOLDEN. Golden W. W., американский врач. Голдена с.— признак трубной беременности: бледность шейки матки.

ДАНФОРТА, DANFORTH. Данфорта с.— признак внематочной беременности или апоплексии яичника: боль в области плечевого сустава при вдохе, чаще на стороне поражения.

ДУГЛАСА, DOUGLAS. Дугласа с.— признак внематочной беременности; сильная, острая боль при пальпации влагалищных сводов; изменения их формы при этом не наблюдают.

ДУЭЙЯ, DOUAY. Дуэйя с.— признак пельвиоперитонита: при влагалищном исследовании в дугласовом пространстве возникает сильная боль без прощупывания какой-либо опухоли в этой области; матка болезненная, подвижная.

ДЮПЮИТРЕНА АБСЦЕСС, DUPUYTREN. Дюпюитрена абсцесс — воспалительный инфильтрат на боковой стенке таза и над паховой складкой, распространяющийся из соответствующего свода влагалища.

ЖЕНДРИНСКОГО. Жендринский И. П., русский акушер-гинеколог. Жендринского с.— дифференциально-диагностический признак острого аппендицита и острого аднексита: больной в положении лежа нажимает на брюшную стенку в точке Кюммеля (2 см вправо и ниже пупка) пальцем, не снимая его, предлагают больной встать; усиление боли свидетельствует об аппендиците, уменьшение ее — об остром аднексите.

ЗЕЛЬГЕЙМА, SELLHEIM. Sellheim Hugo (1871—1936), немецкий гинеколог. Зельгейма с.— признак аппендицита у женщин: при вагинальном, а иногда ректальном исследовании прощупывается утолщенная и болезненная крестцово-маточная связка (lig. sacrouterinum) справа. Симптом имеет диагностическое значение только тогда, когда можно исключить гинекологические заболевания (воспаление, внематочную беременность).

КАЛЛЕНА или ХОФШТЕТТЕРА—КАЛЛЕНА—ХЕЛЕНДАЛЯ, CULLEN, HOFSTATTER — CULLEN, HELLENDAL, голубого пупка. Cullen Thomas Stephen (1868—1953), американский хирург. Каллена с. или Хофштеттера—Каллена—Хелендаля с.— возможный признак внутрибрюшного кровотечения (чаще при внематочной беременности): 1) голубоватая или коричневато-цианотичная окраска кожи в области пупка (при внематочной беременности); 2) желтовато-цианотичная окраска кожи в области пупка при остром панкреатите.

КЕРА, КЕНР (I). Kehr Hans (1862—1916), немецкий хирург. Кера с.— возможный признак внутрибрюшного кровотечения: сильная боль в левом плече.

КУШТАЛОВА. Кушталова с.— возможный признак внематочной беременности: шафранное окрашивание кожи ладоней и подошвенной поверхности стоп.

КЮСТНЕРА, KUSTNER. Kustner Otto Ernst (1849—1931), немецкий гинеколог. Кюстнера с.— возможный признак кисты яичника: прощупываемая опухоль по средней линии живота в области матки.

ЛАНДУ, LANDOU. Ланду с.— признак асцита: невозможность охватить матку при бимануальном исследовании.

ЛАФФОНА, LAFFONT. Лаффона с.— признак варушенной внематочной беременности: боль в тазу, после светлого интервала — боль в надчревной области, спине, лопатках, позади грудины.

ОЛЬСХАУЗЕНА, OLSHAUSEN, OLIVER — CARDARELLI (II). Olshausen Robert (1835—1915), немецкий гинеколог. Ольсхаузена с.— признак кистомы: опухоль, пальпируемая спереди от матки, у молодых (девственных) женщин часто является дермоидной кистой.

ПОСНЕРА, POSNER. Поснера с.— признак заболевания женских половых органов, применяется для дифференциальной диагностики: болезненность при маятникообразных движениях матки, производимых двумя пальцами при вагинальном исследовании.

ПРОМПТОВА. Промптова с.— дифференциально-диагностический признак острых воспалительных заболеваний внутренних гениталий и острого аппендицита: болезненность матки при смещении ее кверху пальцами, введенными во влагалище или прямую кишку; свидетельствует о заболевании женских половых органов; при остром аппендиците этот симптом, как правило, отрицательный.

РИ, REE. Ри с.— признак опухоли молочной железы, фиксированной к большой грудной мышце: больная отводит руку на пораженной стороне до прямого угла, активно напрягая мышцу; в таком положении опухоль неподвижна.

САМНЕРА, SUMNER. Самнера с.— признак острых заболеваний органов брюшной полости, расположенных в области илеоцекального угла (острый аппендицит, перекрут кисты яичника, перфорация подвздошной кишки и др.): повышение тонуса брюш-

ной мускулатуры (ригидность) при легкой пальпации в правой подвздошной области.

СНОУ, SNOW. Сноу с. — возможный признак метастазирующего рака молочной железы: выпячивание в области грудины.

СПЕКА, SPECK. Спекса с. — признак проходимости маточных труб: после инстилляции 10 мл 0,06% раствора фенолсульфогфталяна в матку в течение 30 мин моча окрашивается в красный цвет (красящее вещество через брюшину всасывается в кровь).

СЭЛМЕНА, SALMON. Salmon Udall (род. 1904), американский врач. Сэлмена с. — возможный признак разрыва яичника или маточной трубы при внематочной беременности: расширение зрачка одного глаза на стороне поражения.

ХОВАНСА—ДЖИОТА, CHOVANNAS—GUYOT. Хованса—Джиота с. — дифференциально-диагностический признак опухолей половой сферы при расположении их над лобком: зона тимпанита между лобком и опухолью, если она исходит из брыжейки.

ХРОБАКА, CHROBAK. Chrobak Rudolf (1843—1910), австрийский гинеколог. Хробака с. — признак рака шейки матки: зонд проникает в раковую ткань легко, без сопротивления.

ШПИГЕЛЬБЕРГА, SPIEGELBERG. Spiegelberg Otto (1830—1881), немецкий гинеколог. Шпигельберга с. — дифференциально-диагностический признак рака шейки матки и воспалительной гиперплазии ее слизистой: при вагинальном исследовании в случае рака слизистая оболочка шейки матки не оттягивается и не смещается по отношению к подлежащим тканям; при введении в канал шейки матки губки, способной к набуханию, раковая опухоль под давлением губки не меняет свою плотность, тогда как при воспалительной гиперплазии слизистая оболочка становится более мягкой, рыхлой и истончается.

ЭЛЕКЕРА, OELECKER. Элекера с. — возможный признак внематочной беременности (прободной гастродуоденальной язвы): боль в животе, отдающая в плечо или лопатку, чаще правую.

Эпонимные синдромы в гинекологии

АЛЛЕНА—МАСТЕРСА, ALLEN—MASTERS. Allen Willard M. (род. 1904); Masters William Howell (род. 1915), американские акушеры-гинекологи. Аллена—Мастерса с. — симптомокомплекс травматического поражения параметрия: расслабление боковых

частей параметрия; фенестрация широкой связки; расширение вен параметрия; ретрофлексия и чрезмерная подвижность матки; боль во время полового акта, диспареуния, дисменорея, боль в спине.

АЛЬВАРЕСА, Alvarez, pseudometeorismus, pseudotympanismus hystericus, *vrnte en accordeon* (франц.) Альвареса с. — неврогенное переходящее увеличение живота: в течение нескольких минут или часов увеличивается живот, возникает перкуторный тимпанит; увеличение живота держится от нескольких минут до нескольких месяцев; живот уменьшается во время сна, наркоза, после рвоты, блокады симпатических ганглиев или введения морфина. Считают, что причинами увеличения живота являются спонтанные сокращения мышц спины (особенно *m. sacrospinalis*), диафрагмы и брюшного пресса; чаще наблюдается при истерии у женщин в связи с аэрофагией.

АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ (син. тазовый симптом острого аппендицита Подоненко-Богдановой) — больной создает положение Тренделенбурга и двумя ладонями, обращенными к лону, производят глубокую неотрывную пальпацию живота. При этом кровь из малого таза оттесняется в подпеченочное и поддиафрагмальное пространство, появляется боль в плечевых и надключичных областях. Искусственно вызванный феникус-знамен. Положительный синдром позволяет заподозрить даже небольшие брюшно-полостные кровотечения.

АШАРА—ТЬЕРА, Achard — Thiers, diabete des femmes a barbe (франц.) Thiers Joseph (1885—1973), французский врач. Ашара — Тьера с. — сочетание гирсутизма с сахарным диабетом у женщин: сахарный диабет и гипертрихоз мужского типа, включая рост бороды, однако без других признаков вирилизма.

АШЕРМАНА, Asherman, amenorrhoea traumatica, синдром Fritsch. Asherman Joseph (род. 1889), израильский гинеколог. Ашермана с. — внутриматочные спайки после выскабливания, миомэктомии или длительного ношения пессариев; расстройства менструаций, бесплодие, спонтанные выкидыши; в случаях родов — нередко истинное приращение последа.

БАРА—МАДЗАФЕРРИ—МЭЛАРКЕЯ, Bar—Mazzaferrì—Malarkey. Bar R. S., американский генетик; Mazzaferrì E. L., американский эндокринолог; Malarkey W. B., американский рентгенолог. Бара—Мадзаферри—Мэларкея с. — расстройства гипоталамической регуляции: расширенное турецкое седло, содержащее воздух (так называемый признак пустого турецкого седла), галакторея, усиление продукции пролактина днем. Пневмоэнце-

фалография помогает при дифференцировании данного синдрома от опухоли гипофиза. Обычно наблюдается у женщин.

БИРНА—КУНКЕЛЯ, Bearn — Kunkel, синдром Kunkel, синдром Bearn — Kunkel — Slater, morbus Bear — Kunkel, hepatitis plasmocellularis, hepatitis hypergammaglobulinaemica, hepatitis lupoides. Bearn Alexander Gordon (род. 1923); Kungel Henry George (род. 1916), американские врачи. Бирна — Кункеля с. — разновидности первично-хронического (так называемого волчаночного) гепатита: болезнь начинается в период полового созревания; усталость, нестойкая желтуха, артралгии, субфебрилитет; больные хорошего питания; часто — угри или полиморфная сыпь; боль в суставах, телеангиэктазии, у женщин дис- или аменорея. Позже появляются признаки цирроза печени; расширение вен пищевода. Кровь — гиперпротеинемия, гипер- или гаммаглобулинемия, гипербилирубинемия. Биопсия печени — некротический гепатит с хронически воспалительными, преимущественно плазмоклеточными, инфильтратами.

БЕХЧЕТА, Behcet, синдром Adamantiades — Behcet, syndromus cutaneo — mucosaealis, синдром Gilbert — Behcet, morbus Behcet, hypopyoniritis recidivans, iridocyclitis septica, iritis septica, ophthalmia lenta, aphthosis Toulaine. Behcet H. H. Hishi (1889—1948), турецкий дерматолог. Бехчета с. — рецидивирующее септикоаллергическое заболевание: болезненный гипопион — ирит; болезненная энантема полости рта; афтозно — ulcerозные высыпания в области гениталий; ревматоидные явления в мягких тканях и суставах, кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, рецидивирующие тромбозы и тромбофлебиты; гематурия, кровотечения из пищеварительного тракта, кровохарканье; часто — безболезненное припухание слюнных и слезных желез. Мозговые осложнения проявляются в виде упорной головной боли, лихорадки, менингеальных признаков и потери сознания; в этих случаях прогноз серьезный.

ВАН ВИКА—ГРАМБАХА, Van Wyk-Gumbach. Van Wyk Judson John, американский педиатр и эндокринолог, Gumbach Melvin Malcolm (род. 1925), американский педиатр. Ван Вика — Грамбаха с. — комплекс эндокринных (вероятно, наследственных) симптомов: преждевременное наступление менструаций, гипотиреоз, галакторея, отсутствие оволосения лобка, расширение турецкого седла.

ВИЛЕНСКОГО, Wilensky, lymphadenitis mesenterica, lymphadenitis abdominalis. Виленского с. — проявление неспецифического воспаления брюшных лимфатических узлов: приступообразная

боль в животе с рвотой, которая длится несколько дней и рецидивирует; выраженная пальпаторная болезненность в правой подвздошной области, в эпигастрии, реже — в левой подвздошной области. Лейкоцитоз с относительным лимфоцитозом. В лимфатических узлах — неспецифическое воспаление с гиперплазией элементов ретикулоэндотелиальной системы.

ГАРДНЕРА, Gardner (II), colpitis ulcerosa, vaginitis ulcerosa, vaginitis desquamativa inflammatoria. Gardner H. L., американский гинеколог. Гарднера с. — острый десквамативный (язвенный) кольпит: для начала болезни характерны зуд, жжение, боль во влагалище; вскоре появляются серозные, серозно-слизистые или гнойные (реже геморрагические) выделения; при объективном исследовании выявляется гиперемия слизистой оболочки с повышенной ранимостью; местами слизистую оболочку покрывает налет; после малейшей травматизации образуются эрозии или язвы; рН влагалища нарастает от 4,5 до 6,8. При бактериологическом исследовании различная флора — трихомонады, стафилококки, грибы и др. После острого воспаления — рубцевание, которое ведет к сужению и нередко к укорочению влагалища.

ДАЛЬСАСА—НЕТТЕРА—МЮССЕ, Dalsace—Netter—Musset. Dalsace Jean Charles (1893—1970); Netter Albert Pierre (род. 1910), французские гинекологи; Musset F. бельгийский врач. Дальсаса—Неттера—Мюссе с. — синдромом комплекс при внутриматочных сращениях после перенесенного туберкулезного воспаления слизистой оболочки матки: не поддающиеся лечению первичные аменорея и бесплодие; гистерографически — внутриматочные сращения. Нередко — картина туберкулезного эндометрита.

ДЕРКУМА, Dercum, morbus Dercum, синдром Dercum — Vitaut, синдром Anders, lipomatosis dolorosa, adiposalgia, lipalgia, adiposinas tuberosa simplex, adipositas dolorosa, fibrolipomatosis dolorosa, синдром Allen — Rines. Dercum Francis Xavier (1856—1931), американский невропатолог. Деркума с. — наследственная (возможно, аутосомно-доминантное наследование) болезненная, часто симметричная гипертрофия жировой ткани на теле и конечностях в сочетании с адинамией, астенией, депрессией, кожным зудом. Болеют преимущественно женщины в период менопаузы.

ДЮРАНА—НИКОЛЯ—ФАВРА, Durand—Nikolas—Favre, morbus Durand—Nikolas—Favre, morbus Nikolas—Favre, lymphogranuloma venereum, lymphogranuloma inguinale, lymphoma inguinale, paradenitis venerea, morbus venereus quartus, poroadenolymphitis suppurativa, lymphomatosis inguinalis suppurativa subacuta, lymphopathia venerea. Durand M.; Nicolas Joseph (1868—?); Favre

Maugice (1876—1954), французские дерматологи. Дюрана — Николая — Фавра с. — венерическая болезнь, возбудителем которой является *Miyagawarella lymphogranulomatis* (разновидность так называемых больших вирусов): через неделю после заражения на гениталиях образуется первичный аффект (пузырек или папула) или развивается уретрит. У мужчин через 2—4 нед обычно образуется паховый бубон с фистулами, из которых выделяется гной. У женщин воспаление охватывает ткани вокруг влагалища и прямой кишки. Часто развивается элифантиаз в генитальной и аноректальной областях. Генерализованные формы характеризуются пневмонией, кожными высыпаниями, менингоэнцефалитом. Возможно неполовое заражение, особенно у детей, у которых доминируют глазные симптомы.

ИЦЕНКО—КУШИНГА, Иценко—Cushing, синдром Cushing, morbus Cushing, morbus Иценко—Cushing, синдром Crooke—Apert—Gallais, синдром Apert—Cushing, синдром Apert—Gallais, hypercorticoïdismus, adipositas osteoporotica endocrinica, hyperpituitarismus basophilus, basophilismus pituitarismus, hyperadrenocorticismus, morbus hypersupragenalis. Иценко Николай Михайлович (1889—1954), русский невропатолог, Cushing Harvey William (1869—1939), американский нейрохирург. Иценко — Кушинга с. — симптомокомплекс при остром гипер-адренокортицизме: опухшее (лунообразное лицо, толстое туловище), тонкие конечности, *caliae distensae gibrae cutis*, гипертензия, полиглобулия, акроцианоз, мраморная кожа, гипергликемия с глюкозурией, гипокальциемия с выраженным остеопорозом; недомогание, атрофия половых желез, аменорея, импотенция. У детей — гипогенитализм, у мужчин — феминизация, у женщин — часто гирсутизм. В моче увеличено количество 11-ОКС, но уменьшено количество 17-КС. Снижена сопротивляемость к инфекциям. Угасание инициативы, обеднение психики.

КЕРЕРА, Kehrer, Fünfer — Syndrom (нем.) Kehrer Erwin (1874—?), немецкий гинеколог. Керера с. — симптомокомплекс у женщин, возникающий в результате диспареунии: 1) стойкая гиперемия и гиперлимфид половых органов, вызванные половым актом, вследствие чего развиваются геморроидальные узлы, расширения вен ног и зуд в срамной области; 2) гиперестезия внутренних стенок малого таза; 3) бели; 4) увеличенная, утолщенная, твердоватой консистенции матка с задержкой слизистого секрета шейки; 5) фибросклероз *lig. sacrouterinum*.

КЛОТЦ, Klotz. Klotz Henri-Pierre (род. 1910), французский эндокринолог. Клотца с. — комплекс эндокринных аномалий у женщин (возможно, наследственного характера): первичная аменорея,

недоразвитие гениталий, аплазия малых срамных губ, гипопластические яичники без овуляции, так называемое монголоидное лицо, иногда гипертрихоз. Пол, определенный по хромосомам, мужской.

КОЛКА, Caulk, female prostatic obstructing syndrome (англ.) Колка с.— трудности мочеиспускания у женщин с воспалением периуретральных желез: симптомы раздражения мочевого пузыря, задержка мочи, пиурия; при цистоскопии изменений не обнаруживают.

КУПЕРА, Cooper, mastodynia, neuralgia mammalis, neuralgia Cooper. Cooper Astley Paston (1768—1841), английский хирург. Купера с.— одно- или двусторонняя боль в молочных железах без местных изменений: обычно наблюдается у молодых женщин, реже — у девочек до наступления менструаций, еще реже — у мужчин.

КУРЦИУСА, Curtius (II), ataxia vasomotorica, dysovaria, insufficientia ovarica vegetativa, dysfunctio pluriglandularis dolorosa. Курциуса с.— врожденная конституциональная сосудистая лабильность с овариальной недостаточностью и запорами (вероятно, аутосомно-доминантное наследование): холодные руки и ноги; акроцианоз, гипергидроз; головокружения, омерзение; головная боль; дисменорея, нерегулярные менструации; гипогенитализм; запоры.

МАЙЕРА—РОКИТАНСКОГО—КЮСТЕРА, Mayer—Rokitansky—Küster, синдром Küster, uterus bipartitus, uterus bicornis rudimentarius partim excavatus cum vagina solida, syndromus MKR, MKR — Syndrom (нем.). Mayer C. A. J., немецкий анатом и физиолог; Rokitansky Karl von (1804—1878), австрийский патолог; Küster Hermann, немецкий гинеколог. Майера—Рокитанского—Кюстера с.— наследственные аномалии развития матки (возможно, аутосомно-доминантное наследование): в анамнезе первичная аменорея, стерильность; нормальное развитие вторичных половых признаков и нормальное появление менструаций. Иногда викарирующие кровотечения из мочевого пузыря, прямой кишки, полости рта или носа. Наружные гениталии: общая гипоплазия, часто дорсальное расположение и воронкообразное расширение отверстий мочеиспускательного канала. Внутренние гениталии — влагалище почти полностью отсутствует; матка обычно разделена на 2 части, без полости, эндометрий отсутствует; яичники расположены относительно высоко, яйцевод гипопластический, но с просветом. Вторичные половые признаки: нормальный женский внешний облик, развитие молочных желез нормальное, оволосение типично для женского пола. Нормальное половое влечение. Овариальная функция: нормальная базальная температура, нормальное содержание пре-

гнандиола и эстрогенов в моче. Нередко сочетается с аномалиями почек и мочевых путей; иногда наблюдаются врожденная аневризма аорты, аномалии мезентерия, сакрализация V поясничного позвонка, гипоплазия XII ребра.

МАРАНЬОНА, Marañon (I). Marañon y Posadillo (1887—1960), испанский врач. Мараньона с.— комплекс эндокринных аномалий у женщин: ожирение, тиреотоксикоз, лихорадка; часто также экзофтальм: усталость, беспокойство; головная боль; лейкоцитоз; повышена СОЭ.

МАРАНЬОНА, Marañon (II). Мараньона с.— костно-эндокринная триада у женщин: сколиоз, плоскостопие, овариальная гипопункция.

МЕЙГСА, Meigs, синдром Meigs — Cass, синдром Demons — Meigs. Meigs Joe Vincent (1892—1963), американский хирург. Мейгса с.— фиброма яичников с асцитом и гидротораксом: признаки раздражения брюшины, боль в животе; асцит; гидроторакс (преимущественно справа); опухоль яичников (обычно фиброма); одышка в связи с высоким стоянием диафрагмы. После экстирпации фибромы все симптомы исчезают.

МИНОРА—ОППЕНГЕЙМА, болезнь Минора, nasmatomyelia centralis. Минор Лазарь Соломонович (1735—1940), русский невропатолог; Oppenheim Кемпелл (1858—1942), венский невропатолог. Минора—Оппенгейма с.— мышечная слабость, атония и отсутствие рефлексов в результате родовой травмы (повреждение спинного мозга): симметричная гипо- или атония; активные мышечные движения ограничены или невозможны; максимально поражены мимическая, жевательная, глотательная мускулатура и диафрагма; сухожильные рефлексы ослаблены или отсутствуют; чувствительность сохранена; мышечная возбудимость на фарадический и гальванический ток снижена; реакция перерождения не наблюдается; мышечная атрофия незначительна. Андротропизм.

ОГОП, АНОР, синдром «adipositas — hyperthermia — oligomenorrhoea — parotitis» parotitis recidivans bilateralis diencephalica, синдром Rauch. АНОР: А — adipositas, Н — hyperthermia, О — oligomenorrhoea, Р — parotitis. ОГОП с. (О — ожирение, Г — гипертермия, О — олигоменорея, П — паротит) — разновидность дисэнцефалиозов: ожирение по типу Фрелиха (Frohlich), интермиттирующая гипертермия, олигоменорея; рецидивирующее болезненное увеличение околоушной железы; часто повышено содержание фосфора и кальция в слюне; нарушен сон, депрессия.

ОРМОНДА, Ormond, синдром Albargana — Ormond, fasciitis Gerota, fibrosis retroperitonealis, retroperitonitis chronica idio-

pathica, pericystitis plastica, liposclerosis periureteralis. Ormond John, американский уролог. Ормонда с.— прогрессирующая закупорка одного или обоих мочеточников в связи с пролиферацией и склерозом окружающей ткани в результате воспаления или обменных нарушений: задержка мочи в мочеточниках или в почечных лоханках; боль в поясничной области, астения, повышенная температура, понос, пиелозктазия; отек, признаки почечной недостаточности, анурия.

РАСИНА, Racine. Racine W., швейцарский врач. Расина с.— предменструальный симптомокомплекс: припухание слюнных желез, появляющееся одновременно с припуханием молочных желез; после наступления менструаций исчезает.

РЕГАДА, Regad, volvulus tubarius, torsio tubae ovarialis. Regad, испанский гинеколог. Регада с.— клиническая картина перекручивания яйцевода: в острых случаях внезапная боль в нижней части живота с коллаптоидным состоянием; тахикардия, тошнота, рвота; нарастание симптомов раздражения брюшины, повышение температуры, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При вагинальном исследовании обнаруживается болезненное утолщение в области придатков матки; в хронических случаях (при постепенном перекручивании) — медленное нарастание боли с *punctum maximum*, соответствующим месту перекручивания; выраженная тахикардия и субфебрильная температура. Иногда наступает раскручивание, за которым следует уменьшение симптомов.

РЕКЛЮ, Reclus, morbus Reclus, cystadenoma mammae, mastopathia chronica cystica, mastitis chronica, hydrocystoma mammae, fibromatosis diffusa, fibroadenomatosis cystica, morbus Cooper. Reclus Paul (1847—1914), французский хирург. Реклю с.— поликистозная дегенерация молочных желез у женщины: множественные кисты в обеих молочных железах развиваются поочередно или одновременно; постоянно образуются новые кисты; во время менструаций субъективные синдромы нарастают; болезнь обычно начинается в преклимактерии.

СЕЛЬЕ, Selye, stress, general adaptation syndrome (GAS), Alarm-Syndrom (нем.). Selye Hans (род. 1907), канадский патолог. Селье с.— адаптационный синдром: совокупность неспецифических изменений, возникающих в организме при действии любого патогенного раздражителя (клинические проявления так называемой стресс-реакции). Наиболее существенные изменения в организме: гипертрофия коры надпочечников, атрофия тимико-лимфатической системы и кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

СУАЙРА, Swyer. Swyer Gerald Isaac Macdonald (род. 1917), английский эндокринолог. Суайра с.— наследственная изолированная гонадальная дисгенезия (возможно, рецессивное, сплетение с X-хромосомой наследование): основные симптомы проявляются во время наступления половой зрелости; первичная аменорея, стерильность, генитальный инфантилизм; влагалище с суженным входом, отсутствие жирового слоя в малых срамных губах, гипоплазия, скопление соединительной ткани. Гипотрихоз или полное отсутствие волос в подмышечных впадинах и в области половых органов. Уменьшение уровня эстрогенов в крови, снижение выделения 17-кетостероидов, значительное повышение выделения фолликулостимулирующего гормона. Хромосомный пол: главным образом XX, но иногда встречается констелляция ХН, ХО, так же как и мозаика типа ХО/XX. В отдельных случаях наблюдаются аномалии различных частей тела, главным образом в форме гипогонадального гигантского роста. Половое влечение снижено.

ТЕЙЛОРА, Taylor, congestio pelvica, oophoritis sclerocystica, hyperaemia ovariorum, congestio-fibrosis-syndromus, синдром Taylor (Howard). Taylor Howard Canning JR., американский акушер и гинеколог. Тейлора с.— врожденное недоразвитие яйцеводов: яйцевод короткий, не достигающий маточно-крестцовых связок, короткие фимбрии; т. образ. маточно-крестцовые узлы, особенно в матке и яйцеводах, наблюдается венозный застой, позже переходящий в фиброз. Симптомы выявляются во время операции или вскрытия. Клинические проявления неспецифичны, боль в крестце, симптомы раздражения толстой кишки и др.

ФАГГЕ, Fagge, thyroedema congenitum Fagge, синдром Hall. Фогге с. — внутриутробное нарушение щитовидной железы, приводящее к выраженному гипотиреозу у новорожденных: чрезмерная масса тела при рождении, неполное отделение пуповины, сухая кожа, запоры, задержка психического и физического развития, нередко микромелия. Клиническая картина напоминает микседему взрослых, но у новорожденных протекает более тяжело. Нередко признаки гипотиреоза отмечаются также у матери. Предполагается аутосомно-рецессивное наследование.

ФИТЦ-ХЬЮ, Fitz-Hugh, peritonis subcostalis gonorrhoeica, perihepatitis gonorrhoeica, синдром Fitz — Curtis, синдром Stajano. Fitz-Hugh Thomas, американский хирург. Фитц-Хью с.— гонорейный пельвиоперитонит с лимфогенным распространением инфекции на брюшину поддиафрагмальной области: боль в правом подреберье, напряжение мышц, озноб, лихорадка, тошнота и рвота, головная боль, обильный пот.

ФРОМАНА—ВЕГЕЛИНА, Froment — Wegelin, chirobrachialgia paraes-thetica posturna. Froment Jules (1878—?), французский врач. Фромана—Вебелина с.— проявления возбуждения симптоматической нервной системы у женщин: обычно встречается в возрасте от 30 до 60 лет; ощущения «ползания мурашек» и прохождения электрического тока, онемение. Нередко болезненные спазмы, чувство жжения в руках. Симптомы проявляются как днем, так и ночью; обычно исчезают после массажа рук.

ФУМАДЫ—ДЕЛЬ КАСТИЛЬО, Ahumada — del Castillo, синдром Argonz—del Castillo, синдром Foorbes — Albright. Ahumada Juan Carlos (род.1890), аргентинский гинеколог; Castillo Enrique Benjamin del (род.1897), аргентинский эндокринолог. Фумады — дель Кастильо с.— триада эндокринных симптомов, обычно вызванных генетически обусловленными аденоматозом или опухолью гипофиза (аутосомно-доминантное наследование): аменорея, галакторея, уменьшение количества гонадотропина в моче. Наблюдается у молодых небеременных и нерожавших женщин.

ХАКСТХАУЗЕНА, Haxthausen, hyperkeratosis Haxthausen, keratoderma climacterica. Haxthausen Holger (1892—1958), датский дерматолог. Хакстхаузена с.— климактерический дерматоз с кератозом: ограниченный кератоз ладоней и подошв; часто — усиленное развитие роговых слоев кожи на тыльной поверхности ладоней и над коленными суставами; ожирение, артериальная гипертония. Выраженный гипекотропизм. Наблюдается преимущественно в период менопаузы. Часто комбинируется с синдромом Грама.

ШЕРЕШЕВСКОГО—ТЕРНЕРА, syndromus Ullrich — Turner, syndromus Turner, syndromus Turner—Albright, syndromus Morgagni—Turner—Albright, nanosomia ovarialis, agenesis ovarialis, infantilismus pterygonuchalis. Шерешевского — Тернера с.— сочетание множественных наследственных аномалий (вероятно, аутосомно-доминантное наследование или иногда рецессивное, сцепленное с X-хромосомой): двусторонняя перепонка (pterygium) шеи (весьма характерный, но необязательный симптом); все симптомы синдрома Бонневи — Ульриха; рост волос на нижней границе шеи; диссоциированный инфантилизм — органы, созревание которых обусловлено эстрогенами (молочные железы, малые срамные губы, влагалище, матка), остаются инфантильными, а развитие больших срамных губ, волосяного покрова подмышечных впадин и срамной области, обусловленное действием андрогенов, протекает нормально (лишь в отдельных случаях с запозданием и рудиментарно). Первичная аменорея; низкий или карликовый пропорциональный рост с запоздалым окостенением хрящей эпифизарной зоны; множественные деформации грудной клетки;

чрезмерно большое расстояние между сосками. Характерны вялое выражение лица, полуопущенные веки и углы рта («лицо сфинкса»). Агенезия или дистенезия гонад. Определение пола по хромосомам дает различные результаты. В сыворотке крови часто повышено содержание фосфора. В большинстве случаев увеличивается выпадение гонадотропина и уменьшается выделение 17-КС с мочой. Часты другие аномалии скелета (ребер, позвонков, надколенной чашечки), глухота, катаракта, пучеглазие, пигментное перерождение сетчатки, сужение перешейка аорты, дефекты межжелудочковой перегородки сердца; почечные аномалии. Интеллект обычно нормален или снижен.

ШТЕЙНА—ЛЕВЕНТАЛЯ, Stein—Leventhal, синдром Stein, синдром Машоу, синдром Stein—Leventhal—Gaines. Stein Irving F.; Leventhal Michael L., американские гинекологи. Штейна—Левенталья с.— наследственные поликистозные изменения в яичниках (вероятно, аутосомно-доминантное наследование): первичная или вторичная аменорея или олигоменорея, стерильность, гипоплазия матки и наружных половых органов, атрофичность эндометрия; умеренная маскулинизация, однако молочные железы развиваются нормально; акне, гирсутизм; отсутствие либидо, депрессия, чувство неполноценности. Часто — боль в нижней части живота, запоры, головная боль, ожирение. При патологоанатомическом исследовании обнаруживаются уменьшенные яичники с поликистозными фолликулами и коллагенозным утолщением капсулы.

ЮСЕФА, Youssef, menouria postcaesarea, fistula vesicouterina postcaesarea. Youssef Abdel Fattah, арабский гинеколог. Юсефа с.— пузырно-маточная фистула после кесарева сечения; недержание мочи, менструальная гематурия (меноурия), обычно обусловлена небрежностью хирурга.

Международная классификация болезней IX пересмотра (выдержки)

Небольшой тираж Международной классификации болезней (МКБ), в ежедневном использовании которой так нуждаются практические врачи, побудил нас включить в справочник соответствующие разделы по акушерству и гинекологии, онкогинекологии и перинатологии. Необходимость этого была продиктована желанием прийти к единой мировой терминологии, исключив из формулировок диагнозов устаревшие термины, а также оказать в определенном смысле помощь врачам при ежегодной отчетности.

РУКОВОДСТВО ПО IX ПЕРЕСМОТРУ

Условные обозначения, используемые
в группировочном перечне

В группировочном перечне скобки и двоеточие употребляют в специальном значении, которое нужно четко себе уяснить. Если скобки употребляются в своей обычной функции, т. е. если в них заключены синонимы, альтернативные формулировки или объяснительные фразы, применяются квадратные скобки [...]. В круглые скобки (...) помещают дополнительные слова, которые могут либо присутствовать, либо отсутствовать в формулировке диагноза, не влияя на кодовый номер, которым он обозначен. Слова, за которыми стоит двоеточие [:], не являются полными терминами; за ними должно следовать одно из приводимых ниже определений, вместе с которыми они могут быть отнесены к данной рубрике. «БДУ» представляет собой аббревиатуру словосочетания «без других указаний» и фактически является эквивалентом определения «неуточненный» или «неустановленный».

Двойная классификация некоторых диагностических
формулировок

Одно из нововведений Девятого пересмотра МКБ — наличие двух кодов для определенных диагностических описаний, которые содержат элементы информации как о местном проявлении или осложнении, так и о более общем основном болезненном процессе. Один из кодов, помеченный значком +, находится в той части классификации, в которую данное диагностическое описание помещено согласно обычным принципам МКБ, т. е. в соответствии с основным заболеванием; другой код, помеченный значком *, помещен в класс, объединяющий болезни той системы органов, к которой относится проявление рассматриваемого заболевания или его осложнение.

Потребность в подобной системе кодирования возникла в связи с тем, что для специалистов и лиц, занимающихся статистикой служб медицинской помощи, было бы удобнее, чтобы некоторые проявления болезней, представляющие собой самостоятельную проблему медицинской помощи, были включены в классы, относящиеся к соответствующим системам органов. МКБ традиционно объединяла системные и инфекционные болезни, которые могут поражать различные части организма, в специальные классы, и их проявления обычно также кодировались в том же классе, так

что до Девятого пересмотра туберкулезный менингит фигурировал только в классе инфекционных и паразитарных болезней.

Рубрики, обозначенные значком + и звездочкой *, фактически представляют собой альтернативное место соответствующих болезненных состояний в классификации, что дает возможность осуществлять поиск данных или их статистический анализ с любой точки зрения. Принцип классификации МКБ заключается, однако, в том, что рубрика со значком + представляет собой первичный код, а рубрика со значком * — вторичный; поэтому важно в том случае, когда требуется работать с кодом со звездочкой и употребляются оба кода, делать какую-либо специальную пометку или установленным заранее способом располагать кодируемую запись, чтобы можно было установить, какой именно знак употреблен с кодом того или иного диагноза.

Принятые для Девятого пересмотра критерии предусматривают, что рубрики со звездочкой используются:

1) если проявление или осложнение данного заболевания представляет собой самостоятельную проблему медицинской помощи и обычно является объектом внимания иных специалистов, не тех, к чьей специальности относится основное заболевание;

2) если информация как об отдельном проявлении, так и об основном заболевании содержится в одной диагностической формулировке;

3) если рубрика, в которую включено данное проявление, подразделяется в соответствии с основной причиной заболевания; например, в случае артропатии подразделения относятся к обширной группе причин.

Существуют другие комбинации основного заболевания/проявления, кодирование которых, а следовательно, поиск и выдача данных не вызывают трудностей; поэтому эти комбинации не включаются в систему кодирования со значком + и *. Примерами могут служить ситуации, когда:

1) оба элемента обычно регистрируются в виде отдельных диагностических формулировок и отдельно же кодируются (например, некоторые виды анемии, которые могут быть следствием других болезней; обычно анемии классифицируются в соответствии с морфологическим типом, независимо от причины);

2) проявления не могут рассматриваться отдельно от основного заболевания и не представляют собой самостоятельных проблем служб медицинской помощи (например, холера, дизентерия и т. д., находящиеся в классе инфекционных и паразитарных болезней, не имеют параллельных, помеченных звездочкой рубрик в классе болезней органов пищеварения; проявления венерических болезней нижних отделов мочеполового тракта, отнесенных к классу инфекционных и паразитарных болезней,

не имеют соответствующих помеченных звездочкой рубрик в классе болезней мочеполовых органов, хотя гонококковый салпингит таковой имеет;

3) МКБ традиционно классифицировала заболевания в соответствии с проявлением, например, анемия, обусловленная дефектом фермента.

Система кодирования со значком + и * используется в классификации лишь в небольшом числе случаев; помеченные такими знаками термины встречаются примерно в 150 рубриках. Они могут принимать одну из трех различных форм:

1) если значок + или * альтернативный код фигурируют в названии рубрики, то все отнесенные к этой рубрике состояния подлежат двойной классификации и имеют одинаковый альтернативный код, например:

049.0+ Лимфоцитарный хориоменингит (321.6*)

Лимфоцитарный:

менингит (серозный)

менингоэнцефалит (серозный)

321.2* Менингит, вызванный ЕСНО-вирусом (047.1+)

Менингоэнцефалитный синдром

2) если в названии рубрики имеется значок, но альтернативный код отсутствует, то все состояния, относящиеся к этой рубрике, подвергаются двойной классификации и имеют разные альтернативные коды (которые приведены для каждого термина отдельно);

3) если в названии рубрики нет ни значка, ни альтернативного кода, рубрика в целом не подвергается двойной классификации, но отдельные включенные в нее состояния могут кодироваться двойко; такие термины помечаются значком и имеют альтернативный код.

Использование кода со звездочкой совершенно необязательно, и его никогда не следует использовать при кодировании основной, или первоначальной, причины смерти (для этой цели необходимо употреблять только код со знаком +), но можно применять при кодировании заболеваемости и кодировании по множественным причинам в статистические разработки, основанные как на подробном перечне, так и на одном из кратких перечней с использованием кодов со звездочкой, должны снабжаться четким примечанием «Основано на кодах МКБ со звездочкой».

Роль кода E

Как сообщалось в Докладе Международной конференции по пересмотру, код E в настоящее время представляет собой дополнительную классификацию, которая, если необходимо, может использоваться для кодирования внешних факторов, вызывающих

болезненные состояния, которые могут относиться к любой части основной классификации. Для статистической разработки данных об основной (первоначальной) причине смерти по принципу единичной причины код Е можно использовать в качестве первичного кода только в тех случаях, когда болезненное состояние кодируется в классе XVII (Травмы и отравления).

Пропуски в системе нумерации

При ознакомлении с классификацией можно заметить, что некоторые кодовые номера не использовались и что в системе нумерации имеются пропуски. Причина этого — желание избежать необязательных изменений в кодовых номерах, уже знакомых кодировщикам, которые работают с Восьмым пересмотром. Например, гангрена (рубрика 445 в Восьмом пересмотре) была перемещена в рубрику 785.4; чтобы не менять кодовые номера рубрик 446 (Узелковый периаартерит и близкие состояния), 447 (Другие болезни артерий и артериол) и 448 (Болезни капилляров), было решено в Девятом пересмотре оставить кодовый номер 445 неиспользованным.

Г. КОДОВАЯ СУБГРУППА

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (179—189)

179 Злокачественные новообразования матки неуточненной части

180 Злокачественные новообразования шейки матки

180.0 *Внутренней части*

Канала шейки матки

Шеечных желез матки

Эндоцервикального канала

180.1 *Наружной части*

180.8 *Другие*

180.9 *Шейки матки неуточненные*

181 Злокачественные новообразования плаценты

Хорионкарцинома БДУ

Хорионэпителиома БДУ

Исключены: хорионаденома (разрушающая) (236.1)

пузырный занос (630)

злокачественный (236.1)

182 Злокачественные новообразования тела матки182.0 *Тела матки, кроме перешейка*

Рога

Дна

Эндометрия

Миометрия

182.1 *Перешейка*

Нижнего сегмента матки

182.8 *Другие***183 Злокачественные новообразования яичника и других придатков матки**183.0 *Яичника*183.2 *Маточной трубы*

Яйцевода

Фаллопиевой трубы

183.3 *Широкой связки матки*183.4 *Параметрия*

Связки матки БДУ

183.5 *Круглой связки матки*183.8 *Другие*183.9 *Придатков матки неуточненные***184 Злокачественные новообразования других и неуточненных женских половых органов**184.0 *Влагалища*184.1 *Большой срамной губы*

Большой железы преддверия влагалища [бартолиновой]

184.2 *Малой срамной губы*184.3 *Клитора*184.4 *Вульвы неуточненные*Наружных женских половых
органов БДУ

Срамной области

184.8 *Другие*184.9 *Неуточненной локализации*

Женского мочеполового тракта БДУ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ (210—219)**217 Доброкачественные новообразования молочной железы**

Молочной железы (мужской) (женской)

соединительной ткани

мягких частей

Исключены: доброкачественная киста молочной железы (610.-)
кожи молочной железы (216.5)

218 Лейомиома матки

Фиброид (матки)

Фибромиома матки
Миома матки**219 Другие доброкачественные новообразования матки**

219.0 Шейки матки

219.1 Тела матки

219.8 Других уточненных частей

219.9 Неуточненной части

220 Доброкачественные новообразования яичника**221 Доброкачественные новообразования других женских половых органов**Включены: аденоматозный полип
доброкачественная тератома

221.0 Маточной трубы и связок

Фаллопиевой трубы

Маточной связки (широкой)
(круглой)

Яйцевода

221.1 Влагалища

221.2 Вульвы

Клитора

Наружных женских половых

Пупочных (большой) (малой)
Срамной области

органов БДУ

Большой железы преддверия

влагалища [бартолиновой]

221.8 Других уточненных локализаций

221.9 Неуточненной локализации

РАК IN SITU (230—234)**233 Рак in situ молочной железы и мочеполовых органов**

233.0 Молочной железы

Исключен: кожи молочной железы (232.5)

233.1 Шейки матки

233.2 Других и неуточненных частей матки

233.3 Других и неуточненных женских половых органов

233.7 Мочевого пузыря

233.9 Других и неуточненных мочевых органов

НОВООБРАЗОВАНИЯ НЕОПРЕДЕЛЕННОГО ХАРАКТЕРА (235—238)

236 Новообразования неопределенного характера мочеполо- вых органов

236.0 Матки

236.1 Плаценты

Хорионаденома (разрушающая)

Злокачественный
пузырный занос

236.2 Яичника

236.3 Других и неуточненных женских половых органов

236.4 Яичника,

236.7 Мочевого пузыря

236.9 Других и неуточненных мочевых органов

Почки

Мочепускающего канала

Мочеточника

III. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ, НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

БОЛЕЗНИ ДРУГИХ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ (250—259)

256 Дисфункция яичников

256.0 Гиперэстрогенизм

256.1 Другие виды гиперфункции яичников

Гиперсекреция овариальных андрогенов

256.2 Постабляционная гиподисфункция яичников

Гиподисфункция яичников:

гипоандрогенная

пострадиационная

послеоперационная

256.3 Другие виды гиподисфункции яичников

Преждевременная менопауза БДУ

Первичная гиподисфункция яичников

256.4 Поликистозные яичники

Синдром Штейна—Левенталя

256.8 Другие формы

256.9 Неуточненная

БОЛЕЗНИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (610—611)

610 Доброкачественная дисплазия молочной железы

610.0 Солитарная киста молочной железы

Киста (солитарная) молочной железы

610.1 Диффузная кистозная мастопатия

Кистозная молочная железа

610.2 Фиброаденоз молочной железы

Фиброаденоз молочной

железы:

БДУ

хронический

кистозный

610.3 Фибросклероз молочной железы

610.4 Расширение протока молочной железы

Эктазия протока

610.8 Другие формы

610.9 Дисплазия молочной железы неуточненная

Фиброаденоз молочной
железы:

диффузный

периодический

сегментарный

611 Другие болезни молочной железы

Исключены: болезни, связанные с периодом лактации или послеродовым периодом (675, 676.-)

611.0 Воспалительные болезни молочной железы

Абсцесс (острый) (хронический) (не послеродовой):

околососкового кружка

молочной железы

Антибиома молочной железы

Мамиллярный свищ

Мастит (острый) (подострый) (не послеродовой):

БДУ

инфекционный

Исключены: карбункул молочной железы (680.0)

инфекционный мастит новорожденного (771.5)

тромбофлебит молочной железы, или болезнь

Мондора (451.8)

611.1 Гипертрофия молочной железы

Гинекомастия

Гипертрофия молочной железы:

БДУ

массивная пубертатная

611.2 Трещина соска

611.3 Жировой некроз молочной железы

Жировой некроз (сегментарный) молочной железы

611.4 Атрофия молочной железы

611.5 Галактоцеле

611.6 Галакторея, не связанная с деторождением

611.7 *Признаки и симптомы со стороны молочной железы*
 Индурация молочной железы Мастодиния
 Уплотнение в молочной железе Выделения из соска
Втянутый сосок

611.8 *Прочие*

Субинволюция молочной железы (постлактационная)
 (послеродовая)

611.9 *Неуточненные*

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ (614 — 616)

Исключены: болезни, связанные с беременностью, абортom, родами и послеродовым периодом (630 — 676)

614 Воспалительные болезни яичников, маточных труб, тазовой клетчатки и брюшины

Исключены: эндометрит (615.-)

разлитая послеродовая инфекция (670)

осложняющие: аборт (634 — 638 с четвертым знаком .0, 639.0)

внематочную или молярную беременность (639.0)

614.0 *Острый сальпингит и оофорит*

Любые состояния, классифицируемые в подрубрике 614.2, уточненные как острые или подострые

614.1 *Хронический сальпингит и оофорит*

Любые состояния, классифицируемые в подрубрике 614.2, уточненные как хронические

Гидросальпинкс

614.2 *Сальпингит и оофорит, не уточненные как острые, подострые или хронические*

Абсцесс:

маточной трубы

яичника

тубоовариальный

Оофорит

Пиосальпинкс

Сальпингит

Сальпингит и оофорит:

гонококковый* (098.3+)

туберкулезный* (016.4+)

Сальпингоофорит

Воспаление придатков матки

[аднекс-гумор]

Для идентификации возбудителя, такого, как стафилококк (041.1) или стрептококк (041.0), используют добавочный код

614.3 *Острый параметрит и тазовая флегмона*

Любые состояния, классифицируемые в подрубрике 614.4, уточненные как острые или подострые

614.4 Хронический или неуточненный параметрит и тазовая флегмона

Абсцесс:

широкой связки
 прямокишечно-маточного углубления
 дугласова пространства хронический или БДУ
 параметрия
 позадиматочного пространства

Тазовая флегмона у женщин

Для идентификации возбудителя, такого, как стафилококк (041.1) или стрептококк (041.0), используют добавочный код

614.5 Острый или неуточненный тазовый перитонит у женщин

614.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин

Бесплодие, связанное с перитубарными спайками+ (628.2*)

614.7 Другой хронический тазовый перитонит у женщин

614.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов и тканей

614.9 Неуточненные воспалительные болезни женских тазовых органов и тканей

Тазовая инфекция или воспаление у женщин БДУ

615 Воспалительные болезни матки, кроме шейки матки

Исключены: осложняющие:

аборт (634 — 638 с четвертым знаком (0,639.0)
 внематочную или молярную беременность (639.0)
 беременность и роды (646.6)
 после родоразрешения (670)

615.0 Острые

Любые состояния, классифицируемые в подрубрике 615.9, уточненные как острые или подострые

615.1 Хронические

Любые состояния, классифицируемые в подрубрике 615.9, уточненные как хронические

615.9 Неуточненные

Эндометрит

гонококковый* (098.1+)

Эндомиометрит

Метрит

Миометрит

Периметрит

Пиометра

Абсцесс матки

616 Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы

Исключены: осложняющие:

аборт (634 — 638 с четвертым знаком (0,639.0)

внематочную или молярную беременность
(639.0)
беременность, роды и послеродовой период
(646.6)

616.0 Цервицит и эндоцервицит

Цервицит | с упоминанием или без упоминания об эрозии
Эндоцервицит | или эктропионе

Гонококковая инфекция (острая) шейки матки* (098.1+)

Исключены: эрозия или эктропион шейки матки без упоминания о цервиците (622.0)

616.1 Вагинит и вульвовагинит

Вагинит, вульвит или вульвовагинит;
БДУ

герпетический* (054.1+)

вызванный острицами* (127.4+)

трихомонадный* (131.0+)

Вульвовагинальный кандидоз* (112.1+)

Для идентификации возбудителей, таких, как кишечная палочка [*Escherichia coli*] (041.4), стафилококк (041.1) или стрептококк (041.0), используют добавочный код

Исключены: неинфекционные бели (623.5)

вагинит после менопаузы или старческий (627.3)

616.2 Киста большой железы преддверия влагалища [бартолиновой]

616.3 Абсцесс большой железы преддверия влагалища [бартолиновой]

616.4 Другие абсцессы вульвы

Абсцесс | вульвы

Фурункул

616.5 Изъязвление вульвы

Изъязвление вульвы:

БДУ

при синдроме Бехчета* (136.1+)

при простом герпесе* (054.1+)

Исключено: гонококковое (098.0)

сифилитическое (091.0)

туберкулезное (016.4)

616.4 Другие

Исключены: невоспалительные болезни:

шейки матки (622.-)

влагалища (623.-)

вульвы (624.-)

616.9 Неуточненные

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
(617 — 629)

617 Эндометриоз**617.0 Матки****Аденомиоз****617.1 Яичников****617.2 Маточных труб****617.3 Тазовой брюшины****617.4 Ректовагинальной перегородки и влагалища****617.5 Кишечника****617.6 Эндометриоз рубца или кожи****617.8 Других уточненных локализаций****617.9 Неуточненной локализации****618 Выпадение половых органов**

Исключено: осложняющее беременность, роды и родоразрешение (654.4)

618.0 Выпадение стенок влагалища без упоминания о выпадении матки

Цистоцеле

Ректоцеле

Уретроцеле

Выпадение влагалища

| без упоминания о выпадении матки

618.1 Выпадение матки без упоминания о выпадении стенок влагалища

618.2 Выпадение матки и влагалища неполное**618.3 Выпадение матки и влагалища полное****618.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное**

618.5 Выпадение культи (свода) влагалища после гистерэктомии

618.6 Влагалищное энтероцеле врожденное или приобретенное**618.7 Старый разрыв мышц тазового дна****618.8 Другие формы**

Функциональная недостаточность или ослабление тазового дна

618.9 Неуточненное**619 Свищи с вовлечением женских половых органов**

Исключены: мочепузырно-прямокишечный и кишечно-мочепузырный свищи (596.-)

619.0 Свищи женских мочеполовых путей**Свищ:**

печечно-мочепузырный

мочеточниково-влагалищный

уретровагинальный

Свищ:

маточно-мочеточниковый

маточно-мочепузырный

мочепузырно-влагалищный

619.1 Свищи кишечно-генитальные у женщин

Свищ:

кишечно-маточный
кишечно-влагалищный

Свищ:

прямокишечно-влагалищ-
ный
ректовагинальный**619.2 Свищи генитально-кожные у женщин**

Свищ

маточно-брюшностеночный

Свищ

влагалищно-промежностный

619.8 Другие**619.9 Неуточненные свищи с вовлечением женских половых органов****620 Невоспалительные болезни яичников, маточных труб и широкой связки**

Исключен: гидросальпинкс (641.1)

620.0 Фолликулярная киста яичника

Киста граафова фолликула

620.1 Киста или гематома желтого тела**620.2 Другие неуточненные кисты яичника**

Ретенционная киста яичника

Серозная киста яичника

БДУ

Исключены: кисты, связанные с аномалией развития яичника (752.0)

неопластические кисты (220.-)

поликистозные яичники (256.4)

синдром Штейна—Левенталя (256.4)

620.3 Приобретенная атрофия яичника и маточной трубы**620.4 Грыжа или опущение яичника и маточной трубы****620.5 Перекручивание яичника, ножки яичника или маточной трубы**

Перекручивание:

добавочной трубы

кисты Морганьи

620.6 Синдром разрыва широкой связки

Синдром Мастерса—Аллена

620.7. Гематома широкой связки

Исключена: при внематочной беременности (639.2)

620.8 Другие

Гематосальпинкс

620.9 Неуточненные**621 Болезни матки, не классифицируемые в других рубриках****621.0 Полип тела матки**

Полип:

эндометрия
матки БДУ

621.1 Хроническая субинволюция матки

Исключена: послеродовая (674.8)

621.2 Гипертрофия матки

Большая или увеличенная матка

Исключена: послеродовая (674.8)

621.3 Кистозная гиперплазия эндометрия

Гиперплазия (кистозная) (железистая) эндометрия

621.4 Гематометра

Исключена: при врожденной аномалии (752.-)

621.5 Внутриматочные синехии

Маточные спайки

Маточный тяж (тяжи)

621.6 Неправильное положение матки

Антеверсия

Ретрофлексия

Ретроверсия

матки

Исключены: неправильное положение матки, осложняющее беременность, роды и родоразрешение (654.3; 654.4) выпадение матки (618.-)

621.7 Хронический выворот матки

Исключены: акушерский выворот матки (665.2)

выпадение матки (618.1)

621.8 Другие

Атрофия матки приобретенная

Фиброз матки:

БДУ

бильгарциозный*

(120.-+)

Исключены: воспалительные болезни (615.-)

эндометриоз (617.0)

621.9 Неуточненные болезни матки**622 Невоспалительные болезни шейки матки**

Исключены: аномалия шейки матки, осложняющая беременность, роды и родоразрешение (654.5, 654.6) свищи (619.-)

622.0 Эрозия и эктропион шейки матки

Выворот шейки матки

Исключены: при хроническом цервиците (616.0)

622.1 Дисплазия шейки (матки)

Исключен: рак in situ шейки матки (233.1)

622.2 Лейкоплакия шейки (матки)

Исключен: рак in situ шейки матки (233.1)

622.3 Старый разрыв шейки матки

Спайки шейки матки

Исключена: акушерская травма, текущий случай (665.3)

622.4 Стриктура и стеноз шейки матки

Исключены: осложняющие роды (654.6)

622.5 Функциональная недостаточность шейки матки

Исключена: оказывающая неблагоприятное воздействие на плод или новорожденного (761.0) осложняющая беременность (654.5)

622.6 Гипертрофическое удлинение шейки матки

622.7 Полип слизистой оболочки шейки матки

Полип БДУ шейки матки

Исключен: аденоматозный полип шейки матки (219.0)

622.8 Другие

Исключены: воспалительные болезни (616.0)

622.9 Неуточненные

623 Невоспалительные болезни влагалища

Исключены: аномалия влагалища, осложняющая беременность, роды и родоразрешение (654.7)
врожденное отсутствие влагалища (752.4)
врожденная перегородка или тяжи (752.4)
свищ с вовлечением влагалища (619.-)

623.0 Дисплазия влагалища

623.1 Лейкоплакия влагалища

Исключена: рак *in situ* влагалища (233.3)

Спайки (послеоперационные) (пострадиационные) влагалища

Стеноз влагалища

Для идентификации любой внешней причины используют дополнительный код E

623.3 Плотная девственная плева

Ригидная девственная плева

Плотное девственное кольцо

Плотные края входа во влагалище

приобретенные или врожденные

Исключена: девственная плева, полностью закрывающая отверстие влагалища (752.4)

623.4 Старый разрыв влагалища

Исключен: старый разрыв с вовлечением мышц тазового дна (618.7)

623.5 Бели, не уточненные как инфекционные

Лейкорея

Исключены: бели трихомонадные (131.0)

623.6 Влагалищная гематома

Исключена: акушерская травма, текущий случай (665.7)

623.7 Полип влагалища

623.8. *Другие*

623.9. *Неуточненные*

624 Невоспалительные болезни вульвы и промежности

Исключены: аномалия вульвы и промежности, осложняющая беременность, роды и родоразрешение (654.8)
остроконечная кондилома (078.1)
свищ с вовлечением: промежности — см. Алфавитный указатель вульвы (619.-)
изменения вульвы при болезнях кожи (690-709)

624.0 *Дистрофия вульвы*

Крауроз

Лейкоплакия

Исключен: рак *in situ* вульвы (233.3)

624.1 *Атрофия вульвы*

624.2 *Гипертрофия клитора*

Исключена: при эндокринных нарушениях (255.2, 256.1)

624.3 *Гипертрофия половых губ*

Гипертрофия вульвы БДУ

624.4 *Старый разрыв или рубцовый процесс в области вульвы*

624.5 *Гематома вульвы*

Исключены: осложняющая родоразрешение (654.5)

624.6 *Полип половых губ*

624.8 *Другие*

624.9 *Неуточненные*

625 Болевые и другие симптомы, связанные с женскими половыми органами

625.0 *Диспареуния*

Исключена: в случаях, связанных с фригидностью (302.7)

625.1 *Вагинизм*

Исключен: психогенный вагинизм (306.5)

625.2 *Межменструальные боли*

Mittelschmerz

625.3 *Дисменорея*

Исключена: психогенная дисменорея (306.5)

625.4 *Синдромы предменструального напряжения и раздражительности*

Мигрень при менструации

625.5 *Синдром застоя в области таза*

625.6 *Непроизвольное мочеиспускание у женщин*

625.8 *Другие*

625.9 *Неуточненные*

626 Расстройства менструаций и другие аномальные кровотечения из женских половых органов

Исключены: кровотечения в менопаузе и в пременопаузе (627.0)

болевыe и другие симптомы, связанные с менструальным циклом (625.-)

кровотечение после менопаузы (627.1)

626.0 Отсутствие менструаций

Аменорея (первичная) (вторичная)

626.1 Скудные или редкие менструации

Гипоменорея Олигоменорея

626.2 Частые и чрезмерно обильные менструации

Менометроррагия

Меноррагия

Исключены: в пубертатном периоде (626.3) в пременопаузе (627.0)

626.3 Кровотечения в пубертатном периоде

Обильное кровотечение, связанное с началом менструаций

Меноррагия в пубертатном периоде

626.4 Нерегулярный менструальный цикл

Нерегулярные:

кровотечения БДУ

менструации

менструальные периоды

626.5 Овуляторное кровотечение

Регулярное межменструальное кровотечение

626.6 Метроррагия

Кровотечение, не связанное с менструальным циклом

Периодическое межменструальное кровотечение

626.7 Кровотечение после полового сношения**626.8 Другие**

Дисфункциональное или функциональное маточное кровотечение

БДУ

626.9 Неуточненные**627 Нарушения в менопаузе и после менопаузы****627.0 Меноррагия в пременопаузе**

Меноррагия:

климактерическая

в менопаузе

Меноррагия:

преклимактерическая

627.1 Кровотечение после менопаузы**627.2 Состояния в менопаузе и климактерическом периоде**

Связанные с менопаузой симптомы, такие, как преходящая гиперемия лица и шеи (приливы), бессонница, головная боль, отсутствие концентрации внимания

627.3 Атрофический вагинит после менопаузы

Старческий (атрофический) вагинит

627.4 Состояния, связанные с искусственной менопаузой

Любые состояния, классифицируемые в подрубриках 627.1, 2 или 3, которые являются следствием искусственной менопаузы

Синдромы после искусственной менопаузы

627.8 Другие

Исключена: преждевременная менопауза БДУ (256.3)

627.9 Неуточненные**628 Женское бесплодие**

Включена: первичная и вторичная стерильность

628.0 Связанное с отсутствием овуляции

Связанное с синдромом Штейна—Левенталя* (256.4+)

628.11* Гипоталамо-гипофизарного происхождения (253.-+)**628.2 Трубно́го происхождения**

Связанное с:

врожденной аномалией труб
перитубальными спайками*
(614.6+)

Трубная (ый):

непроходимость
закупорка
стеноз**628.3 Маточного происхождения**

Связанное с:

врожденной аномалией матки
туберкулезным инфильтратом
(016.4+)**628.4 Шеечного или влагалищного происхождения**

Связанное с:

аномалией цервикальной слизи
врожденной анатомической аномалией**628.8 Другого уточненного происхождения****628.9 Неуточненного происхождения****629 Другие болезни женских половых органов****629.0 Гематоцеле у женщин**Исключено: связанное с внематочной беременностью
(633.-)**629.1 Гидроцеле канала Нукка**

Киста канала Нукка

629.8 Прочие**629.9 Неуточненные**

XI. ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

БЕРЕМЕННОСТЬ С АБОРТИВНЫМ ИСХОДОМ (630—639)

630 Пузырный занос

Трофобластическая болезнь БДУ

Гидатиформный занос

Исключена: хорионэпителиома (181)

631 Другие аномальные продукты зачатия

Погибшее яйцо

Занос:

БДУ

мясистый

Исключены: при упоминании о состояниях, классифицируемых в рубрике 630 (630)

632 Несостоявшийся выкидыш

Ранняя гибель плода с задержкой в матке missed abortion

Задержка продукта зачатия, являющаяся следствием самопроизвольного или искусственного аборта или родоразрешения

Исключены: неудачная попытка аборта (638), несостоявшиеся роды [missed delivery] (656.4) с состояниями, классифицируемыми в рубриках 630, 631

633 Внематочная [эктопическая] беременность

Включена: нематочная беременность с разрывом

633.0 Абдоминальная [брюшная] беременность

633.1 Трубная беременность. Беременность в маточной трубе

Разрыв (маточной) трубы вследствие беременности

Трубный аборт

633.2 Яичниковая беременность

633.8 Другие формы нематочной беременности

Беременность:

шеечная

комбинированная

в роге матки

Беременность:

интралигаментарная

в брыжейке матки

стеночная

633.9 Неуточненная

С рубриками 634—638 используются следующие четверные знаки:

- 0 Осложнившийся инфекцией половых путей, тазовых органов и тканей [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.0]
- 1 Осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.1]
- 2 Осложнившийся нарушением целостности тазовых органов и тканей [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.2]
- 3 Осложнившийся почечной недостаточностью [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.3]
- 4 Осложнившийся расстройством обмена веществ [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.4]
- 5 Осложнившийся шоком [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.5]
- 6 Осложнившийся эмболией [любым состоянием, классифицируемым в подрубрике 639.6]
- 7 С другими уточненными осложнениями [любыми состояниями, классифицируемыми в подрубрике 639.8]
- 8 С неуточненными осложнениями
- 9 Без упоминания об осложнении

634 Самопроизвольный [спонтанный] аборт

[Четырехзначные подрубрики см. выше]

Включен: самопроизвольный аборт (полный) (неполный)

635 Искусственный медицинский аборт

[Четырехзначные подрубрики см. выше]

Включены: аборт:

 легальный

 по медицинским показаниям

 прерывание беременности:

 легальное по медицинским показаниям

Исключено: вызывание или регулирование менструации (V25.3)

636 Искусственный криминальный аборт

[Четырехзначные подрубрики см. выше]

Включен: аборт (полный) (неполный):

 криминальный нелегальный

637 Аборт неуточненный

[Четырехзначные подрубрики см. выше]

Включены: аборт (полный) (неполный) БДУ

 задержавшиеся продукты зачатия после аборта, не классифицируемого в других рубриках

638 Неудачная попытка аборта

Включена: неудачная попытка аборта (медицинского)

Исключен: неполный аборт (634—637)

639 Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью

Примечание. Эта рубрика предназначена для использования в тех случаях, когда требуется отдельно сгруппировать осложнения, перечисленные в списке четырехзначных подрубрик для рубрик 634—638, например:

а) когда осложнение само по себе явилось причиной для оказания медицинской помощи, а аборт, внематочная или молярная беременность были поводом для предшествовавшего обращения

б) когда эти состояния явились непосредственными осложнениями внематочной или молярной беременности, классифицируемой в рубриках 630—633, в которых они не могли быть идентифицированы на уровне четвертого знака.

639.0 Инфекция половых путей, тазовых органов и тканей

Эндометриит

Параметрит

Тазовый перитонит

Сальпингит

Сальпингоофорит

Сепсис БДУ

Септицемия БДУ

как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638

Исключена: инфекция мочевых путей (639.8)

639.1 Длительное или массивное кровотечение

Афибриногенемия

Синдром дефибринации

Внутрисосудистый гемолиз

как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638

639.2 Повреждение тазовых органов и тканей

Разрыв, прободение или надрыв:

мочевого пузыря

кишечника

широкой связки матки

шейки матки

периуретральной ткани
матки

как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638

639.3 Почечная недостаточность

Олигурия

Почечные: недостаточность (острая) прекращение функции [анурия] тубулярный некроз	как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638
Уремия 639.4 <i>Нарушение обмена веществ</i> Нарушение водно-солевого равновесия как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638	
639.5. <i>Шок</i> Сосудистый коллапс Шок (послеоперационный) (септический)	как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638
639.6 <i>Эмболия</i> Эмболия: БДУ воздушная амниотической жидкостью сгустком крови легочная пиемическая септическая мыльная	как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638
639.8 <i>Другие уточненные осложнения</i> Остановка сердца или сердечная недостаточность Церебральная аноксия	как следствие состояний, классифицируемых в рубриках 630—638
639.9 <i>Неуточненные осложнения как следствие состояний,</i> <i>классифицируемых в рубриках 630—638</i>	

ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ (640—648)

Включены: перечисленные ниже состояния, даже если они возникли или имели место во время родов, при родоразрешении и в послеродовом периоде

640 Кровотечение в ранние сроки беременности

Включено: кровотечение в сроки до 22 полных недель беременности

640.0 *Угрожающий аборт*

640.8 *Другие формы*

640.9 *Неуточненное*

641 Дородовое кровотечение, преждевременная отслойка плаценты и предлежание плаценты

641.0 Предлежание плаценты без кровотечения

Низкое прикрепление плаценты без кровотечения

Предлежание плаценты, обнаруженное:

во время беременности

до родов и родоразрешения посредством кесарева сечения без упоминания о кровотечении

641.1 Кровотечение из предлежащей плаценты

Низколежащая плацента

Предлежание плаценты:

краевое

частичное

полное

БДУ или с кровотечением (во время родов)

Исключено: кровотечение из предлежащих сосудов [vasa praevia] (663.5)

641.2 Преждевременное отделение плаценты

Отслойка плаценты

Внезапное дородовое кровотечение

Отделение плаценты

Преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты

641.3 Дородовое кровотечение, связанное с нарушением свертываемости крови

Кровотечение до или во время родов, связанное с:

афибриногенемией

гипофибриногенемией

гиперфибринолизом

641.8 Другое дородовое кровотечение

Кровотечение до или во время родов, связанное с:

травмой

лейомиомой матки

641.9 Неуточненное дородовое кровотечение

Кровотечение:

дородовое БДУ

во время родов БДУ

при беременности БДУ

642 Гипертония, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

642.0 Доброкачественная эссенциальная гипертония, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

Гипертония:

доброкачественная эссенциальная

уточненная как осложняющая беременность, роды и послеродовой период или как повод

хроническая БДУ

эссенциальная

предшествовавшая БДУ

для оказания акушерской помощи в это время

642.1 Вторичная гипертония вследствие болезни почек, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

Вторичная гипертония вследствие болезни почек, уточненная как осложняющая беременность, роды и послеродовой период или как повод для оказания акушерской помощи в это время

642.2 Другие формы предшествовавшей гипертонии, осложняющей беременность, роды и послеродовой период

Злокачественная гипертония

Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением:

сердца

сердца и почек

почек

уточненная как осложняющая беременность, роды и послеродовой период или как повод для оказания акушерской помощи в это время

642.3 Транзиторная гипертония при беременности

Транзиторная гипертония, так обозначенная, в период беременности, родов и послеродовом периоде

642.4 Легкая или неуточненная преэклампсия

Гипертония при беременности, родах и в послеродовом периоде, не уточненная как существовавшая ранее, с альбуминурией и/или отеками, легкая или неуточненная

Преэклампсия:

БДУ

легкая

Токсикоз (преэклампсический):

БДУ

легкая

Исключены: альбуминурия при беременности без упоминания о гипертонии (642.2), отеки при беременности без упоминания о гипертонии (646.1)

642.5 Тяжелая преэклампсия

Гипертония при беременности, родах и в послеродовом периоде, не уточненная как существовавшая ранее, с альбуминурией и/или отеками, уточненная как тяжелая

Преэклампсия тяжелая

Токсикоз (преэклампсический)

тяжелый

642.6 Эклампсия

Токсикоз:

эклампсический

с судорогами

642.7 Преэклампсия или эклампсия, наложившаяся на существовавшую ранее гипертонию

Состояния, классифицируемые в подразбиках 642.4—642.6, с состояниями, классифицируемыми в подразбиках 642.0—642.2

642.9 Неуточненная гипертония, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

Гипертония БДУ без упоминания об альбуминурии или отеках, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

643 Неукротимая рвота беременных**643.0 Рвота беременных, легкая или умеренная**

Рвота беременных, легкая, умеренная или неуточненная, начинающаяся в сроки до 22 полных недель беременности

643.1 Неукротимая или тяжелая рвота беременных с нарушением обмена веществ

Чрезмерная [тяжелая] рвота беременных, начинающаяся в сроки до 22 полных недель беременности с такими нарушениями обмена веществ, как:

истощение запасов углеводов

дегидратация, нарушение водно-солевого равновесия

643.2 Поздняя рвота беременных

Неукротимая рвота, начавшаяся в сроки после 22 полных недель беременности

643.8. Другие формы рвоты, осложняющей беременность

Рвота, обусловленная органическим заболеванием или другой причиной, уточненная как осложняющая беременность или как повод для оказания акушерской помощи во время беременности. Для идентификации причины используют добавочный код

643.9 Неуточненная рвота беременных

Рвота как повод для оказания медицинской помощи во время беременности, срок беременности не уточнен

644 Преждевременные или угрожающие роды**644.0 Угрожающие роды**

Ложные схватки

644.1 Преждевременно начавшееся родоразрешение

Роды (самопроизвольные), начавшиеся в сроки до 37 полных недель беременности

645 Переносимая беременность

Продолжающаяся после
вычисленного [предпо-
лагаемого] срока родов

Продолжающаяся после
нормального срока бере-
менности

646 Другие осложнения беременности, не классифицируемые в других рубриках**646.0 Бумажный плод**

646.1 Отек или чрезмерное увеличение массы тела при беременности без упоминания о гипертонии

Отеки беременной

Исключены: с упоминанием о гипертонии (642.-)

646.2 Неуточненная болезнь почек при беременности без упоминания о гипертонии

Альбинурия	при беременности без упоминания о гипертонии. Исключена: с упоминанием о гипертонии (642.-)
Нефропатия БДУ	
Болезнь почек БДУ	
Протеинурия у беременных	

646.3 Привычный выкидыш

Исключен: текущий самопроизвольный аборт (634.-) при отсутствии беременности (629.9)

646.4 Периферические невриты при беременности**646.5 Бессимптомная бактериурия при беременности****646.6 Инфекции мочеполовых путей при беременности**

Любые состояния, классифицируемые в рубриках 590, 595, 597, 599.0, 614-616, осложняющие беременность и роды

Исключена: разлитая послеродовая инфекция (670)

646.7 Болезни печени при беременности

Исключен: послеродовой гепаторенальный синдром (674.8)

646.8 Другие уточненные осложнения беременности

Утомляемость во время беременности Герпес беременных

646.9 Неуточненные осложнения беременности**647 Инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицируемые в других рубриках и осложняющие беременность, роды и послеродовой период**

Включены: перечисленные ниже состояния, если они осложняют беременность, сами отягощаются при ней или являются основным поводом для оказания акушерской помощи

Исключены: случаи, когда основным поводом для оказания медицинской помощи матери являются состояния, в отношении которых известно или предполагается, что они поражают плод (655.-)

647.0 Сифилис

Состояния, классифицируемые в рубриках 090—097

647.1 Гонорея

Состояния, классифицируемые в рубрике 098

647.2 Другие венерические болезни

Состояния, классифицируемые в рубрике 099

647.3 Туберкулез

Состояния, классифицируемые в рубриках 010—018

647.4 Малярия

Состояния, классифицируемые в рубрике 084

647.5 Краснуха

Состояния, классифицируемые в рубрике 056

647.6 Другие вирусные болезни

Состояния, классифицируемые в рубриках 050—079, кроме рубрики 056

647.8 Другие уточненные инфекционные и паразитарные болезни

647.9 Неуточненные инфекции или инвазии

Другие текущие болезни матери, классифицируемые в других рубриках и осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Включены: перечисленные ниже состояния, если они осложняют беременность, сами отягощаются при ней или являются основным поводом для оказания акушерской помощи

Исключены: случаи, когда основным поводом для оказания медицинской помощи матери являются состояния, в отношении которых известно или предполагается, что они поражают плод (655.-)

648.0 Сахарный диабет

Состояния, классифицируемые в рубрике 250

648.1 Дисфункция щитовидной железы

Состояния, классифицируемые в рубриках 240—246

648.2 Анемия

Состояния, классифицируемые в рубриках 280—285

648.3 Токсикомания [лекарственная зависимость]

Состояния, классифицируемые в рубрике 304.-

648.4 Психические расстройства

Состояния, классифицируемые в рубриках 290—303, 305—311, 314, 315, 317—319

648.5 Врожденные сердечно-сосудистые болезни

Состояния, классифицируемые в рубриках 745-747

648.6 Другие сердечно-сосудистые болезни

Состояния, классифицируемые в рубриках 390—398, 410—429, 435, 440—459

Исключены: послеродовые цереброваскулярные нарушения (674.0) венозные осложнения (671.-)

648.7 Болезни костей и суставов спины, таза и нижних конечностей

Состояния, классифицируемые в рубриках 720—724, а также те состояния, которые классифицированы в рубриках 711—719 или 725—738 и уточнены как поражающие нижние конечности

648.8 Аномальная толерантность к глюкозе

Состояния, классифицируемые в подрубрике 790.2

648.9 *Другие*

Расстройства питания (состояния, классифицируемые в рубриках 260—269)

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ И ДРУГИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И РОДОРАЗРЕШЕНИИ (650—659)

650 Нормальные роды

Роды без отклонений от нормы и осложнений, классифицируемых в других рубриках, в рубриках 630—676, а также с самопроизвольным родоразрешением в головном предлежании без упоминания о манипуляциях или инструментальном вмешательстве

Исключены: роды с применением вакуум-экстрактора, щипцов, операции кесарева сечения, а также с извлечением плода за тазовый конец без уточненных осложнений (669.5—669.7) роды в ягодичном предлежании (с ручным пособием) (самопроизвольные) БДУ (652.2)

651 Многоплодная беременность

651.0 *Беременность двойней*

651.1 *Беременность тройней*

651.2 *Беременность четырьмя плодами*

651.8 *Другие формы*

651.9 *Неуточненная*

652 Неправильное положение и неправильное предлежание плода

Исключены: с затрудненными родами (660.0)

652.0 *Неустойчивое положение*

652.1 *Ягодичное или другое неправильное предлежание, успешно измененное на головное*

Придание головного предлежания БДУ

652.2 *Ягодичное предлежание без упоминания о повороте*

652.3 *Поперечное или косое предлежание*

Косое положение

Поперечное положение

Исключено: поперечное стояние головки плода (660.3)

652.4 *Лицевое или лобное предлежание*

Подбородочное предлежание

652.5 *Высокое стояние головки к концу беременности*

Невставление головки

652.6 Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов

652.7 Выпадение ручки

652.8 Другие виды

652.9 Неуточненные

653 Несоответствие размеров таза и плода

Исключено: с затрудненными родами (660.1)

653.0 Выраженная аномалия костного таза без дополнительного уточнения

Деформация таза БДУ

653.1 Равномерно суженный таз

Суженный таз БДУ

653.2 Сужение входа таза

Сужение входного отверстия (таза)

653.3 Сужение выхода таза

Сужение выходного отверстия (таза)

653.4 Диспропорция размеров таза и плода

Диспропорция смешанного, материнского и плодного происхождения при нормально сформированном плоде. Несоответствие размеров таза и головки плода БДУ

653.5 Необычно крупный плод, происходящий с диспропорции

Диспропорция плода относительно размеров таза при нормально сформированном плоде

Фетальная диспропорция БДУ

Исключены: случаи, когда поводом для оказания медицинской помощи является состояние плода (656.6)

653.6 Гидроцефалия плода, приводящая к диспропорции

Исключены: случаи, когда поводом для оказания медицинской помощи является состояние плода (655.0)

653.7 Другие аномалии плода, приводящие к диспропорции

Сросшаяся двойня

Миеломенингоцеле

Асцит

Крестцовая тератома

Водянка

Опухоль

плода

653.8 Диспропорция другого происхождения

653.9 Неуточненная

654 Аномалии органов мягких тканей таза

Включены: перечисленные ниже состояния во время беременности, родов и в послеродовом периоде

Исключены: с затрудненными родами (660.2)

654.0 Врожденные аномалии матки

Двойная матка

Двурогая матка

654.1 Опухоли тела матки

Фиброматоз матки

654.2 Послеоперационный рубец матки

Предшествовавшее кесарево сечение БДУ

654.3 Ретроверсия и ущемление беременной матки

654.4 Другие аномалии формы и положения беременной матки и близлежащих образований

Цистоцеле

Выпадение беременной матки

Восстановленное тазовое дно

Ректоцеле

Отвислый живот

Ригидное тазовое дно

654.5 Истмико-цервикальная недостаточность

Шов по Широdkару с упоминанием или без упоминания о цервикальной недостаточности

654.6 Другие врожденные или приобретенные аномалии шейки матки

Полип шейки матки

Опухоль шейки матки

Предшествовавшая операция на шейке матки

654.7 Врожденные или приобретенные аномалии влагалища

Предшествовавшая операция на влагалище

Стриктура влагалища

Двойное влагалище

Опухоль влагалища

Стеноз влагалища (приобретенный) (врожденный)

654.8 Врожденные или приобретенные аномалии вульвы

Фиброз промежности

Рассечение промежности

Плотная [неподдающаяся] девственная плева

Опухоль вульвы

Предшествовавшая операция на промежности или вульве

Исключено: варикозное расширение вен вульвы (671.1)

654.9. Неуточненные

655 Известные или предполагаемые аномалии плода, влияющие на характер ведения матери

Включены: перечисленные ниже состояния плода, явившиеся основанием для наблюдения или оказания акушерской помощи матери или для прерывания беременности

655.0 Пороки развития центральной нервной системы плода

Фетальный порок или подозрение на него:

анэнцефалия

гидроцефалия

spina bifida

655.1 Хромосомные аномалии у плода

655.2 Наследственные болезни в семье как причина возможного поражения плода

655.3 Предполагаемое поражение плода в результате вирусного заболевания матери

Предполагаемое поражение плода при краснухе у матери

655.4 Предполагаемое поражение плода в результате других заболеваний матери

Предполагаемое поражение плода при наличии у матери:

пристрастия к алкоголю

листериоза

токсоплазмоза

655.5 Предполагаемое поражение плода, вызванное лекарственным средством

Исключен: дистресс плода в родах и при родоразрешении, связанный с применением лекарственных средств (656.3)

655.6 Предполагаемое поражение плода в результате радиации

655.8 Другие известные или предполагаемые аномалии плода, не классифицируемые в других рубриках

Предполагаемое повреждающее действие на плод внутриматочных механических контрацептивов

655.9 Неуточненные

656 Другие осложнения, связанные с состоянием плода или плаценты, влияющие на характер родов у матери

656.0 Плодо-материнское кровотечение

Просачивание (микроскопическое) крови плода в кровеносное русло матери

656.1 Резус-изоиммунизация

Анти-D [Rh] антитела

Rh-несовместимость

656.2 Изоиммунизация при другой и неуточненной несовместимости групп крови

ABO-изоиммунизация

656.3 Дистресс плода

Нарушение у плода:

частоты или ритма сердцебиения

кислотно-щелочного равновесия

Ацидемия

Брадикардия

Меконий в околоплодной жидкости

656.4 Внутриутробная гибель плода

Несостоявшиеся роды

Missed delivery

656.5 Недостаточный рост плода

«Маловесный для срока»

«Малорослый для срока»

«Плацентарная недостаточность»

656.6 Избыточный рост плода

«Крупный для срока»

656.7 Другие состояния плаценты

Аномалия плаценты

Инфаркт плаценты

656.8 Прочие**656.9 Неуточненные****657 Полигидрамнион**

Гидрамнион

Многоводие

658 Другие осложнения, связанные с амниотической полостью и плодными оболочками

Исключена: эмболия амниотической жидкостью (673.1)

658.0 Олигогидрамнион

Маловодие без упоминания о разрыве плодных оболочек

658.1 Преждевременный разрыв плодных оболочек* **658.2 Задержавшиеся роды после спонтанного или неуточненного разрыва плодных оболочек****658.3 Задержавшиеся роды после искусственного разрыва плодных оболочек****658.4 Инфекция амниотической полости**

Амнионит

Мембранит

Хорионамнионит

Плацентит

658.8 Прочие**658.9 Неуточненные****659 Другие познания для предоставления помощи или вмешательства, связанные с родами и родоразрешением и не классифицируемые в других рубриках****659.0 Неудачная попытка стимуляции родов механическими средствами**

Неудачная попытка стимуляции родов хирургическими или другими инструментальными методами

659.1 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными или неуточненными методами

Неудачная попытка стимуляции родов БДУ

Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами, такими, как окситоцин

659.2 Лихорадка во время родов у матери неуточненная**659.3 Генерализованная инфекция во время родов**

Родовой сепсис

659.4 Многорожавшая женщинаИсключены: только наблюдение во время беременности (V33.3)
без текущей беременности (V61.5)**659.5 Пожилая первородящая****659.8 Прочие****659.9 Неуточненные**

**ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
ВО ВРЕМЯ РОДОВ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ (660-669)****660 Затрудненные роды**

660.0 Затрудненные роды вследствие неправильного положения плода к началу родов

Любые состояния, классифицируемые в рубрике 652.-, вызывающие затрудненные роды. Для идентификации состояния используют добавочный код [рубрики 652.-]

660.1 Затрудненные роды вследствие аномалии костного таза

Любые состояния, классифицируемые в рубрике 653.-, вызывающие затрудненные роды

Для идентификации состояния используют добавочный код [рубрики 653.-]

660.2 Затрудненные роды вследствие аномалии мягких тканей таза

Любые состояния, классифицируемые в рубрике 654.-, вызывающие затрудненные роды

Выпадение передней губы шейки матки

Для идентификации состояния используют добавочный код [рубрики 654.-]

660.3 Низкое [глубокое] или прямое стояние головки и стойкое высокое прямое стояние головки, задний или передний вид

660.4 Трудные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика

Вколоченное плечико

660.5 Сцепление [коллизия] близнецов

660.6 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная

Неудачная попытка вызвать роды без упоминания об установленном или предполагаемом состоянии с последующим родоразрешением посредством кесарева сечения

660.7 Неудачная операция наложения щипцов или применения вакуум-экстрактора неуточненная

Применение вакуум-экстрактора или наложение щипцов без упоминания о состоянии, с последующим родоразрешением посредством наложения щипцов или кесарева сечения соответственно

660.8 Другие

660.9 Неуточненные

Трудные роды [дистоция]:

БДУ

из-за плода БДУ

из-за матери БДУ

661 Нарушение родовой деятельности**661.0 Первичная слабость родовой деятельности**

Первичная инерция матки	Отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки
Гипотоническая дисфункция [гипотония] матки первичная	

661.1 Вторичная слабость родовой деятельности

Вторичная инерция матки	Прекращение схваток после нормальной родовой деятельности (в I или II периоде родов)
Гипотоническая дисфункция [гипотония] матки вторичная	

661.2 Другая и неутонченная слабость родовой деятельности

Атония матки	Нерегулярные схватки [нерегулярная родовая деятельность]
Беспорядочные схватки [беспорядочная родовая деятельность]	Слабые схватки

661.3 Стремительные роды**661.4 Гипертонические, некоординированные или затянувшиеся сокращения матки**

Шеечный спазм	Некоординированная деятельность
Контракционное кольцо (трудные роды, или дистония)	Ретракционное кольцо (мгновенное) (Бандля)
Дискоординированная родовая деятельность	Тетаническое сокращение
Сокращение матки в виде песочных часов	Дистония матки БДУ
Гипертоническая дисфункция [гипертония] матки	Спазматическое сокращение матки

661.9 Неутонченные

662 Затяжные роды**662.0 Затянувшийся первый период****662.1 Затянувшиеся роды неутонченные****662.2 Затянувшийся второй период****662.3 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т.д.****663 Патологические состояния пуповины, осложняющие роды****663.0 Выпадение пуповины****Предлежание пуповины****663.1 Обвитие пуповины вокруг шеи со сдавлением****Тугое обвитие пуповины вокруг шеи****663.2 Другие и неутонченные виды обвития или запутывания пуповиной со сдавлением****Запутывание пуповиной двойни в одном амниотическом пузыре****Узел пуповины**

663.3 *Другие и неуточненные виды обвития или запутывания пуповиной без упоминания о сдавлении*

663.4 *Короткая пуповина*

663.5 *Предлежание сосуда [vasa praevia]*

663.6 *Поражение сосудов пуповины*

Размножение пуповины

Тромбоз сосудов пуповины

Гематома пуповины

663.8 *Другие*

663.9 *Неуточненные*

664 *Травма промежности и вульвы при родоразрешении*

664.0 *Разрыв промежности первой степени*

Разрыв промежности (с вовлечением):

задней спайки срамных губ

девственной плевы

половых губ

кожи

поверхностный

влагалища

вульвы

664.1 *Разрыв промежности второй степени*

Разрыв промежности (после эпизиотомии) (с вовлечением):

тазового дна

мышц промежности

мышечной стенки влагалища

Исключен: с вовлечением сфинктера заднего прохода (664.2)

664.2 *Разрыв промежности третьей степени*

Разрыв промежности (после эпизиотомии) (с вовлечением):

сфинктера заднего прохода

прямокишечно-влагалищной перегородки

сфинктера БДУ

Исключен: с вовлечением слизистой оболочки заднего прохода или прямой кишки (664.3)

664.3 *Разрыв промежности четвертой степени*

Разрывы промежности, классифицируемые в подрубрике 664.2 и вовлекающие также:

слизистую оболочку заднего прохода

слизистую оболочку прямой кишки

664.4 *Неуточненные разрывы промежности*

Центральный разрыв

664.5 *Гематома вульвы и промежности*

664.8 *Другая*

664.9 *Неуточненная*

665 Другие акушерские травмы

Включены: повреждения, вызванные инструментами

665.0 *Разрыв матки до начала родовой деятельности*

665.1 *Разрыв матки во время и по окончании родов*

Разрыв матки БДУ

665.2 *Выворот матки*

665.3 *Разрыв шейки матки*

665.4 *Разрыв верхнего отдела влагалища*

Разрыв стенки влагалища без упоминания о разрыве промежности

665.5 *Другие повреждения тазовых органов*

Повреждение:

мочевого пузыря

уретры

665.6 *Повреждение тазовых сочленений и связок*

Отрыв внутреннего хряща симфиза

Повреждение копчика

Расхождение лонного сочленения

665.7 *Гематома таза*

Гематома влагалища

665.8 *Прочие*

665.9 *Неуточненные*

666 Послеродовое кровотечение

666.0 *Кровотечение в третьем периоде родов*

Кровотечение, связанное с задержкой, приращением или ущемлением плаценты

Задержка плаценты БДУ

666.1 *Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде*

Кровотечение после рождения плаценты

Послеродовое кровотечение (атоническое) БДУ

666.2 *Позднее или вторичное послеродовое кровотечение*

Кровотечение, связанное с задержкой частей плаценты или плодных оболочек

Послеродовое кровотечение, уточненное как позднее или вторичное

Задержка частей плодного яйца [продуктов зачатия] БДУ после родоразрешения

666.3 *Послеродовое нарушение свертываемости*

Послеродовая (ой):

афибриногенемия

фибринолиз

667 Задержка плаценты или плодных оболочек без кровотечения

667.0. *Задержка плаценты без кровотечения*

Приращенная плацента

Задержка плаценты:

полная

БДУ

без кровотечения

667.1 *Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения*

Задержка частей плодного яйца [продуктов зачатия] после родоразрешения без кровотечения

668 **Осложнения, связанные с введением анестезирующих или седативных средств во время родов и родоразрешения**

ключены: осложнения, возникающие в результате введения средств для наркоза или местноанестезирующих, анальгезирующих или седативных средств во время родов и родоразрешения

668.0 *Осложнения со стороны легких*

Аспирация содержимого желудка или желудочного сока

Синдром Мендельсона

Прессорный коллапс легкого

668.1 *Осложнения со стороны сердца*

Остановка сердца

Сердечная недостаточность

668.2 *Осложнения со стороны центральной нервной системы*

Церебральная аноксия

668.8 *Другие*

668.9 *Неуточненные*

669 **Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицируемые в других рубриках**

669.0 *Дистресс матери*

669.1 *Шок во время или после родов и родоразрешения*

Акушерский шок

669.2 *Гипотензивный синдром у матери*

669.3 *Острая послеродовая почечная недостаточность*

669.4 *Прочие осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством и другими процедурами*

Остановка сердца

возникшие после кесарева сечения

Сердечная недоста-

или других акушерских оператив-

точность

ных вмешательств или процедур,

Церебральная аноксия

включая родоразрешение БДУ

Исключены: осложненные акушерские хирургические раны (674.3)

669.5 *Родоразрешение с применением щипцов или вакуум-экстрактора без упоминания о показаниях*

Родоразрешение посредством вакуум-экстрактора без упоминания о показаниях

669.6 Извлечение плода за тазовый конец [ягодицы] без упоминания о показаниях

Исключены: роды в ягодичном предлежании БДУ (652.2)

669.7 Родоразрешение путем кесарева сечения без упоминания о показаниях

669.8 Прочие

669.9 Неуточненные

МЕТОД ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Если для идентификации метода ведения родов не используется полная классификация хирургических и других процедур, то рекомендуется следующая классификация:

- 0 Нормальное, самопроизвольное родоразрешение через влагалище в переднем виде затылочного предлежания
- 1 Родоразрешение через влагалище в головном предлежании с неправильным или смешанным тазовым временем родоразрешения без инструментовального вмешательства с манипуляциями [ручными приемами] или без них
- 2 Наложение выходных [низких] щипцов без применения манипуляций [ручных приемов]
Родоразрешение посредством наложения щипцов БДУ
- 3 Наложение других щипцов при родоразрешении
Щипцы с применением манипуляций [ручных приемов]
Высокие щипцы Полостные [средние] щипцы
- 4 Вакуум-экстракция
Отсос
- 5 Роды в тазовом [ягодичном] предлежании самопроизвольные с ручным пособием или неуточненные
Неполное извлечение плода за тазовый конец
- 6 Извлечение плода за тазовый конец [ягодицы]
Извлечение плода за тазовый конец: БДУ полное
Поворот плода с извлечением за тазовый конец
- 7 Факультативное кесарево сечение
Кесарево сечение до или в начале родов
- 8 Другое и неуточненное кесарево сечение
- 9 Другие и неуточненные методы родоразрешения
Подвешивание груза к ножке при родоразрешении в тазовом [ягодичном] предлежании

Деструктивная [рассекающая] операция для облегчения родоразрешения

Другие хирургические или инструментальные методы родоразрешения

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА (670—676)

Примечание. В рубрики 671 и 673—676 включены перечисленные в них состояния, даже если они возникают во время беременности или родов.

670 Разлитая послеродовая инфекция

Послеродовой(ая):

эндометрит

лихорадка

флегмона таза

Послеродовой:

тазовый сепсис

перитонит

Исключены: инфекция как следствие аборта (639.0)

малые или локализованные инфекции половых путей, возникшие после родоразрешения (646.6)

инфекция мочевых путей, возникшая после родоразрешения (646.6)

671 Венозные осложнения при беременности и в послеродовом периоде

671.0 *Варикозное расширение вен нижних конечностей*

Варикозные вены БДУ

671.1 *Варикозное расширение вен вульвы и промежности*

671.2 *Поверхностный тромбофлебит*

Тромбофлебит (поверхностный)

671.3 *Глубокий флеботромбоз предродовой*

Тромбоз глубоких вен предродовой

671.4 *Глубокий флеботромбоз послеродовой*

Тромбоз глубоких вен послеродовой

Тазовый тромбофлебит послеродовой

671.5 *Другие флебиты и тромбозы*

Тромбоз церебральных вен

671.8 *Другие*

Геморрой

671.9 *Неуточненные*

Флебит БДУ

Тромбоз БДУ

672 Послеродовая лихорадка неизвестной этиологии

Послеродовая пирексия БДУ

673 Легочная эмболия в акушерской практике

Включена: легочная эмболия во время беременности, родов и в послеродовом периоде или уточненная как послеродовая

Исключена: эмболия, возникшая вследствие аборта (639.6)

673.0 Воздушная эмболия**673.1 Эмболия амниотической жидкостью****673.2 Эмболия сгустками крови**

Послеродовая легочная эмболия БДУ

673.3 Пиемическая и септическая эмболия**673.8 Другие формы**

Жировая эмболия

674 Другие и неуточненные послеродовые осложнения, не классифицируемые в других рубриках**674.0 Цереброваскулярные нарушения в послеродовом периоде**

Любые состояния, классифицируемые в рубриках 430—434 и 436—437, возникшие во время беременности, родов или в послеродовом периоде или усложненные так называемые

674.1 Расхождение швов после кесарева сечения**674.2 Расхождение швов промежности**

Разрыв швов промежности

Вторичный разрыв промежности

Расхождение швов после:

эпизиотомии

ушивания разрыва промежности

674.3 Другие виды осложненных акушерских хирургических ран

Гематома

Кровотечение

Инфекция

в области раны при кесаревом сечении

или раны промежности

Исключены: повреждения, вызванные инструментами при родоразрешении (664.-, 665.-)

674.4 Плацентарный полип**674.8 Прочие**

Послеродовой гепаторенальный синдром

Послеродовая:

кардиомиопатия

субинволюция матки

674.9 Неуточненные

Внезапная смерть по неизвестной причине в послеродовом периоде

675 Инфекции молочной железы и соска, связанные с деторождением675.0 *Инфекция соска*

Абсцесс соска

675.1 *Абсцесс молочной железы*Абсцесс собственно молочной
железы

Субареолярный абсцесс

Гнойный мастит

675.2 *Негнойный мастит*

Лимфангит молочной железы

Мастит:

Мастит:

БДУ

интерстициальный
паренхиматозный675.8 *Другие*675.9 *Неуточненные***676 Другие состояния молочной железы, связанные с деторождением, и расстройства лактации**

Включены: перечисленные ниже состояния, возникшие во время беременности, в послеродовом периоде и в период лактации

676.0 *Втянутый сосок*676.1 *Трещина соска*676.2 *Застой в млечных железах*676.3 *Другие и неуточненные состояния молочной железы*676.4 *Отсутствие лактации*

Агалактия

676.5 *Слабая [подавленная] лактация*676.6 *Галакторея*

Исключена: галакторея, не связанная с деторождением (611.6)

676.8 *Другие нарушения лактации*

Галактоцеле

676.9 *Неуточненные нарушения лактации***XIV. ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ]****752 Врожденные аномалии половых органов**

Исключены: синдромы, связанные с аномалией числа и формы хромосом (758.-)

синдром тестикулярной феминизации (257.8)

752.0 *Аномалии яичника*

Отсутствие Агенезия Вытянутость [палочковид- ная гонада]		яичника
752.1 Аномалии маточных труб и широких связок		
Отсутствие Добавочные Атрезия Киста:		маточной (ые) трубы или ши- рокой (ие) связки
придатка яичника [эпоофорона] фимбриальная протока Гартнера паровариальная		
752.2 Удвоение матки		
Удвоение матки [любой степени] (в сочетании с удвоением шейки и влагалища)		
752.3 Другие аномалии матки		
Отсутствие Агенезия Аплазия	матки	Двурогая матка Однорогая матка Матка с единственным функционирующим рогом
752.4 Аномалии шейки матки, влагалища и наружных жен- ских половых органов		
Отсутствие Агенезия Аномальное развитие Киста:		шейки матки, литора, влага- лища или вульвы
канала Нукка врожден- ная влагалища эмбриональ- ная вульвы врожденная		
Девственная плева, полностью закрывающая отверстие влагалища Исключено: двойное влагалище в сочетании с полным удво- ением матки (752.2)		
752.7 Неопределенность пола и ложный гермафродитизм		
Гинандризм Гермафродитизм Гонада, содержащая тестикуляр- ную и овариальную ткань		Ложный гермафродитизм (мужской) (женский) Чистый гонадный дисгенез
Исключен: ложный гермафродитизм: женский в сочетании с адренокортикальными расстройствами (255.2) мужской в сочетании с гонадными расстройствами (257.8) с уточненной хромосомной аномалией (758.-)		

XV. ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Включены: состояния, происхождение которых по времени связано с перинатальным периодом, даже если смерть или заболевание наступает позже

760 Поражения плода или новорожденного, обусловленные состояниями матери, не связанными с настоящей беременностью

Включены: перечисленные ниже состояния матери, когда они уточнены в качестве причины смерти или болезни плода или новорожденного

Исключены: эндокринные и обменные нарушения у матери, влияющие на плод (775.-)

760.0 Артериальная гипертония у матери

Поражения плода или новорожденного, обусловленные состояниями матери, классифицируемыми в рубрике 642.-

760.1 Болезни почек и мочевыводящих путей у матери

Поражения плода или новорожденного, обусловленные состояниями матери, классифицируемыми в рубриках 580-599

760.2 Инфекционные болезни матери

Поражения плода или новорожденного, обусловленные инфекционными болезнями матери, классифицируемыми в рубриках 001-136 и 487, но без проявлений этих болезней у плода или новорожденного

Исключены: врожденные инфекционные болезни (771.-), инфекции половых путей и другие локализованные инфекции у матери (760.8)

760.3 Другие хронические болезни системы кровообращения и органов дыхания у матери

Поражения плода или новорожденного, обусловленные хроническими состояниями матери, классифицируемыми в рубриках 390-459, 490-519, 745-748

760.4 Расстройства питания у матери

Поражения плода или новорожденного, обусловленные расстройствами у матери, классифицируемыми в рубриках 260-269

Недостаточность питания у матери БДУ

760.5 Травма матери

Поражения плода или новорожденного, обусловленные состояниями матери, классифицируемыми в рубриках 800-996

760.6 Хирургические операции у матери

Исключены: кесарево сечение при родах (763.4), предшествовавшие хирургические вмешательства на матке или тазовых органах (763.8)

760.7 Воздействие ядовитых веществ, попадающих в организм через плаценту или с грудным молоком

Исключено: воздействие анестезирующих и анальгезирующих лекарственных средств, применяемых во время родов и родоразрешения (763.5)

760.8 Другие

760.9 Неуточненные

761 Поражения плода или новорожденного, обусловленные осложнениями у матери

Включены: перечисленные ниже состояния матери, когда они уточнены в качестве причины смерти или болезни плода или новорожденного

761.0 Истмико-цервикальная недостаточность

761.1 Преждевременный разрыв оболочек

761.2 Олигогидрамнион

Исключен: при преждевременном разрыве оболочек (761.1)

761.3 Полигидрамнион

Гидрамнион

Многоводие

761.4 Внематочная беременность

Абдоминальная беременность

761.5 Многоплодная беременность

Тройня (беременность) | двоиня (беременность)

761.6 Смерть матери

761.7 Неправильное положение плода перед родами

Тазовое предлежание

Наружный поворот

Поперечное положение

Неустойчивое положение

перед родами

761.8. Другие

Самопроизвольный выкидыш, влияние на плод

761.9. Неуточненные

762 Поражения плода или новорожденного, обусловленные осложнениями со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек

Включены: перечисленные ниже состояния матери, когда они уточнены в качестве причины смерти или болезни плода или новорожденного

762.0 Предлежание плаценты

762.1 Другие осложнения, связанные с отделением плаценты и кровотечением

Отслойка плаценты

Внезапное кровотечение

Повреждение плаценты при амниоцентезе, кесаревом сечении или хирургическом вмешательстве

Потеря крови у матери

Преждевременное отделение плаценты

762.2 Другие и неуточненные морфологические и функциональные аномалии плаценты

Плацентарная (ый):

дисфункция

инфаркт

недостаточность

762.3 Синдром плацентарной трансфузии

Аномалии плаценты и пуповины, вызывающие синдром трансфузии от плода к плоду при многоплодной беременности или другие трансплацентарные трансфузии

Для идентификации возникающих в результате этого состояний у плода или новорожденного используют дополнительно код 772.0 или 776.4

762.4 Выпадение пуповины

762.5 Другие виды сдавления пуповины

Обвитие пуповины вокруг шеи

Узел пуповины

Запутывание пуповины

762.6 Другие и неуточненные состояния пуповины

Короткая пуповина

Vasa praevia

Предлежание сосуда

Исключена: одиночная пупочная артерия (747.5)

762.7 Хориоамнионит

Мембранит

Плацентит

762.8 Другие аномалии хориона и амниона

762.9 Неуточненные аномалии хориона и амниона

763 Поражения плода или новорожденного, обусловленные другими осложнениями родов и родоразрешения

Включены: перечисленные ниже состояния, когда они уточнены в качестве причины смерти или болезни плода или новорожденного

763.0 Родоразрешение в тазовом предлежании и с экстракцией плода

763.1 Другие виды неправильного предлежания и положения плода и диспропорция размеров таза и плода, влияющие на роды и родоразрешение

Поражения плода или новорожденного, обусловленные состояниями, классифицируемыми в рубриках 652, 653 и 660.

Суженный таз

Стойкое высокое прямое стояние головки, задний вид

Поперечное положение

763.2 Родоразрешение с применением щипцов

763.3 Родоразрешение с применением вакуум-экстрактора

763.4 Родоразрешение с помощью кесарева сечения

763.5 Применение у матери анестезии и анальгезии

Реакции и интоксикации, возникающие при введении матери препаратов опиоя и транквилизаторов во время родов и родоразрешения

Исключен: синдром лекарственной абстиненции у новорожденного (779.9)

763.6 Стремительные роды

Быстрый второй период родов

763.7 Нарушение сократительной деятельности матки

Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями, классифицируемыми в рубриках 661.-, исключая подрубрику 661.3

Гипертонус матки

Слабость родовой деятельности

763.8 Другие осложнения родов и родоразрешения

Поражения плода или новорожденного, обусловленные состояниями, классифицируемыми в рубриках 650—669, и другими процедурами, применяемыми при родах и родоразрешении

Аномалии мягких тканей тазовых органов у матери

Плдоразрушающие операции для облегчения родоразрешения

Искусственные роды

763.9 Неуточненные

764 Замедление роста и недостаточность питания плода

764.0 «Маловесный для срока» плод без упоминания о недостаточности питания

Низкая для срока беременности масса тела новорожденного
«Малорослый для срока»

764.1 «Маловесный для срока» плод с признаками недостаточности питания

Новорожденный с низкой массой тела, как указано в подрубрике, у которого отмечаются также признаки недостаточности питания, такие, как сухость, шелушение кожи и отсутствие подкожной клетчатки

764.2 Недостаточность питания плода без упоминания о «маловесном для срока»

Новорожденный, у которого нет снижения массы тела соответственно сроку беременности, но отмечаются признаки недостаточности питания, такие, как сухость, шелушение кожи и отсутствие подкожной клетчатки

764.9 Задержка роста плода неуточненная

765 Расстройства, связанные с укорочением срока беременности, а также с низкой массой тела при рождении неуточненной причины

Включены: перечисленные ниже состояния, которые являются причиной смерти и заболевания плода или новорожденного или требуют оказания дополнительной помощи

Исключена: низкая масса тела при рождении, обусловленная недостаточностью питания и замедленным ростом плода (764.-)

765.0 Крайняя незрелость

Примечание: эта рубрика обычно используется, когда масса тела при рождении ниже 1000 г и/или срок беременности менее 28 полных недель.

765.1 Другие случаи недоношенности

Недоношенность или малые размеры ребенка, не классифицируемые в подрубрике 765.0 или в рубрике 764.- [«маловесный для срока»]

Недоношенность БДУ

766 Расстройства, не связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела при рождении

Включены: перечисленные ниже состояния, которые являются причиной смерти и заболевания плода или новорожденного или требуют оказания дополнительной помощи

766.0 Чрезмерно крупный ребенок

Примечание. Эта рубрика используется, когда масса тела при рождении составляет 4500 г и более

766.1 Другие «крупновесные для срока» дети

Другие плоды или новорожденные, масса тела или рост которых при рождении превышает соответствующие данному сроку беременности показатели, независимо от ее срока

766.2 Переношенный ребенок, но не «крупновесный для срока»

Плод или ребенок, родившийся в срок беременности 294 дня или более [42 или более полных недель], масса тела или рост которого превышает соответствующие сроку беременности показатели

Переношенность БДУ

767 Родовая травма

767.0 Субдуральное и церебральное кровоизлияние. Субдуральное и церебральное кровоизлияние, уточненное как возникшее в результате родовой травмы, авоксии или гипоксии в родах. Субдуральная гематома (локализованная)

Разрыв мозжечкового намета

Для идентификации причины используют добавочный код

Исключены: внутрижелудочковое кровоизлияние (772.1), субарахноидальное кровоизлияние (772.2)

767.1 Повреждение волосистой части головы**Кефалогематома**

Повреждение волос (от применения вакуум-экстрактора)

Массивное субапоневротическое надчерепное кровоизлияние

767.2 Перелом ключицы**767.3 Другие повреждения скелета****Перелом:**

длинных костей

костей черепа

Исключен: перелом позвоночника (767.4)

767.4 Повреждение позвоночника и спинного мозга**767.5 Повреждение лицевого нерва**

Паралич лицевого нерва

767.6 Повреждение плечевого сплетения

Паралич Эрба

Паралич Клюбке

767.7 Повреждение других черепных и периферических нервов**767.8 Другая**

Повреждение глаза

Разрыв

Гематома:

печени

печени (субкапсулярная)

сетчатки

яичка

Скальпированная рана

вувльвы

Травматическая глаукома

767.9 Неуточненная**768 Внутриматочная гипоксия и асфиксия при родах**

768.0 Смерть плода от асфиксии или аноксии до начала родов или в неуточненное время

768.1 Смерть плода от асфиксии или аноксии во время родов

768.2 Расстройство [дистресс] у плода до начала родов при рождении живого ребенка

Живорожденный ребенок с признаками внутриутробной гипоксии до начала родов

Нарушение частоты сердцебиений у плода

Плодный (ая) или внутриматочный (ая):

ацидоз

асфиксия

дистресс

гипоксия

впервые отмеченное (ый)(ая) аноксия до начала родов при рождении живого ребенка

Меконий в околоплодной
жидкости

Отхождение мекония

768.3 Расстройство [дистресс] у плода, впервые отмеченное во время родов, при рождении живого ребенка

Живорожденный ребенок с признаками внутриутробной гипоксии во время родов или родоразрешения

Нарушение частоты сердцебиений у плода

Плодный (ая) или внутриматочный (ая):

ацидоз

асфиксия

дистресс

гипоксия

впервые отмеченная (ый)(ое) аноксия до начала родов при рождении живого ребенка

Меконий в околоплодной
жидкости

Отхождение мекония

768.4 Расстройство [дистресс] у плода неуточненное при рождении живого ребенка

Живорожденный ребенок с признаками внутриутробной гипоксии, выявленной до окончательного родоразрешения, но без уточнения, наступила ли асфиксия и/или гипоксия во время родов

Нарушение частоты сердцебиений у плода

Плодный (ая) или внутриматочный (ая):

ацидоз

асфиксия

дистресс

гипоксия

неуточненное (ый) (ая) как впервые отмеченное (ый) (ая) до начала или во время родов при рождении живого ребенка

Меконий в околоплодной
жидкости

Отхождение мекония

768.5 Тяжелая асфиксия при рождении

Пульс при рождении менее 100 ударов в минуту, замедляющийся или установившийся, дыхание отсутствует или затруднено, кожа бледная, мышцы атоничны

Оценка по шкале Апгар через 1 мин после рождения 0-3
«Белая асфиксия»

768.6 Средняя или умеренная асфиксия при рождении

Нормальное дыхание не установилось в течение 1-й минуты после рождения, но частота сердцебиений 100 и более ударов в минуту; имеет место незначительный мышечный тонус, незначительный ответ на раздражение

Оценка по шкале Апгар через одну минуту после рождения
4-7 «Синяя асфиксия»

768.9 Неуточненная асфиксия при рождении у живорожденного
Аноксия
Асфиксия
Гипоксия

БДУ у живорожденного

769 Синдром респираторного расстройства [дистресса]

Гиалиновые мембраны (болезнь) (легких)

Синдром идиопатического респираторного расстройства [дистресса] у новорожденного

Исключено: транзиторное тахипноэ у новорожденного (770.6)

770 Другие респираторные состояния у плода и новорожденного

770.0 Врожденная пневмония

Инфекционная пневмония, возникшая до рождения

770.1 Синдром массивной аспирации

Синдром аспирации мекония

Пневмонит:

аспирационный у плода

мекониевый

770.2 Интерстициальная эмфизема и родственные состояния

Пневмомедиастинум | возникшее в перинатальном

Пневмоперикард | периоде

Пневмоторакс

770.3 Легочное кровотечение

Кровотечение:

альвеолярное (легочное)

интраальвеолярное (легочное)

массивное легочное

возникшее в перина-

тальном периоде

возникшее в перина-

тальном периоде

770.4 Первичный ателектаз

Незрелость легких БДУ

770.5 Другие и неуточненные ателектазы

Ателектаз:

БДУ

частичный

Коллапс легких

возникший в перинатальном
периоде

770.6 Транзиторное тахипноэ у новорожденного

Тахипноэ, обычно полностью компенсируемое в течение пер-
вых 6 ч после рождения

Исключен: синдром респираторного расстройства [дистресса]
(769)

770.7 Хроническая респираторная болезнь, развившаяся в пе-
ринатальном периоде

Бронхолегочная дисплазия

Синдром Вильсона—Микити

770.8 Другие респираторные состояния после рождения

Приступы апноэ БДУ
 Приступы цианоза БДУ
 Респираторное расстройство [дистресс] БДУ
 Респираторная недостаточность БДУ

возникшие в перинатальном периоде

770.9 Неуточненные**771 Инфекции, специфичные для перинатального периода**

Включены: инфекции, приобретенные до или во время родов или через пуповину

Исключены: врожденная пневмония (770.0)
 врожденный сифилис (090.-)
 офтальмия новорожденного, обусловленная гонококком (098.4)
 другие инфекции, приобретенные после рождения (001-136, 480-486 и др.)
 инфекционные болезни матери как причина смерти или болезни плода или новорожденного, но без проявлений этих болезней у плода или новорожденного (760.2)

771.0 Врожденная пневмония

Пневмония при врожденной краснухе

771.1 Врожденная цитомегаловирусная инфекция**771.2 Другие врожденные инфекции**

Врожденный (ая):

герпес простой
 листериоз
 малярия

Врожденный

токсоплазмоз
 туберкулез

771.3 Столбняк новорожденного**771.4 Омфалит у новорожденного**

Исключен: столбнячный омфалит (771.3)

771.5 Инфекционный мастит новорожденного**771.6 Конъюнктивит и дакриоцистит новорожденного**

Офтальмия новорожденного БДУ

Исключена: офтальмия новорожденного, обусловленная гонококковой инфекцией (098.4)

771.7 Кандидомикоз новорожденного

Монилиаз новорожденного

771.8 Другие инфекции, специфичные для перинатального периода

Внутриамниотическая инфекция плода:

Внутриутробный сепсис плода

БДУ
вызванная:
клостридиями
кишечной палочкой

Инфекция мочевыводящих пу-
тей у новорожденного
Септицемия [сепсис] новорож-
денного

772 Кровотечение у плода и новорожденного

Исключены: гематологические расстройства у плода и ново-
рожденного (776.-)

772.0 Кровопотеря у плода

Потеря крови плодом из:
перерезанного конца пупови-
ны при однойцевой двойне
плаценты
разорванной пуповины
предлежащего сосуда [vasa praevia]

Обескровливание плода
Кровотечение у плода в:
другого близнеца при
однойцевой двойне
кровеносное русло ма-
тери

772.1 Внутрижелудочковое кровоизлияние

Внутрижелудочковое кровоизлияние вследствие любой причи-
ны в перинатальном периоде

772.2 Субарахноидальное кровоизлияние

Субарахноидальное кровоизлияние вследствие любой причины
в перинатальном периоде

772.3 Кровотечение из пуповины посл. рождения

Соскальзывание лиг. пуповины с культи пуповины

772.4 Желудочно-кишечное кровотечение

Исключено: заглатывание материнской крови (777.3)

772.5. Кровоизлияние в надпочечник

772.6 Кровоизлияние в кожу

Кровоподтек
Экхимозы
Петехии
Поверхностная гематома

у плода или новорожденного

772.8 Другие формы

Исключены: геморрагическая болезнь новорожденного (776.0)
легочное кровотечение (770.3)

772.9 Неуточненное

773 Гемолитическая болезнь плода или новорожденного, обус- ловленная изоиммунизацией

773.0 Гемолитическая болезнь, обусловленная резус-изоиму-
низацией

Анемия
Эритробластоз (плода)
Гемолитическая болезнь
(плода) (новорожденного)
Желтуха

обусловленные:
резус-антителами
резус-изоиммунизацией
резус-несовместимостью
крови матери и плода

Резус-гемолитическая болезнь
Резус-изоиммунизация

773.1 Гемолитическая болезнь, обусловленная АВО-изоиммунизацией

АВО-гемолитическая болезнь

АВО-изоиммунизация

Анемия

Эритробластоз (плода)

Гемолитическая болезнь
(плода) (новорожденного)

Желтуха

обусловленные:

АВО-антителами

АВО-изоиммунизацией

АВО-несовместимостью
крови матери и плода

773.2 Гемолитическая болезнь, обусловленная другой и неуточненной изоиммунизацией

Эритробластоз (плода) БДУ

Гемолитическая болезнь (плода) (новорожденного) БДУ

Желтуха или анемия, обусловленная другой или неуточненной несовместимостью по группам крови

773.3 Водянка плода, обусловленная изоиммунизацией

773.4 Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией

773.5 Поздняя анемия, обусловленная изоиммунизацией

774 Другие виды перинатальной желтухи

774.0*. Перинатальная желтуха или связанной гемолитической анемии (287.-+)

Желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом при врожденном сфероцитозе, недостаточности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы [Г-6-ФД] и других дефектах красных клеток

774.1. Перинатальная желтуха при других видах чрезмерного гемолиза

Желтуха плода или новорожденного, возникшая из-за:

кровоподтеков лекарственных средств или токсинов, перешедших из организма матери

инфекции

полицитемии

заглатывания материнской крови

Для идентификации причины используют добавочный код

Исключена: желтуха, обусловленная изоиммунизацией (773.0, 773.1-773.2)

774.2 Неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением

Желтуха вследствие замедленной конъюгации, связанной с преждевременным родоразрешением

Гипербилирубинемия недоношенного

774.3 Неонатальная желтуха вследствие замедленной конъюгации по другим причинам

Желтуха вследствие замедленной конъюгации по таким причинам, как: действие ингибиторов лактации, врожденный гипотиреоз, врожденное отсутствие или недостаточность ферментных систем для конъюгации билирубина

Неонатальная желтуха, связанная с:
 синдромом Криглера—Найяра* (277.4+)
 синдромом Жильбера* (277.4+)

774.4 Перинатальная желтуха вследствие поражения печеночных клеток

Фетальный или неонатальный Синдром «густой желчи»
 гепатит

774.5 Перинатальная желтуха, вызванная другими причинами

Фетальная или неонатальная желтуха, связанная с:
 врожденной непроходимостью желчного протока* (751.6+)
 галактоземией* (277.1+)
 муковисцидозом* (277.0+)

774.6 Неуточненная фетальная и неонатальная желтуха

Физиологическая желтуха БДУ у новорожденного

774.7 Ядерная желтуха, не обусловленная изоиммунизацией

Ядерная желтуха БДУ

Исключена: ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией (773.4)

775 Эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфичные для плода и новорожденного

Включены: преходящие эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, являющиеся ответной реакцией ребенка на эндокринные и метаболические факторы матери, его защитой от них или приспособлением к внеутробному существованию

775.0 Синдром новорожденного от матери, страдающей сахарным диабетом

Сахарный диабет у матери, поражающий плод или новорожденного (с гипогликемией)

775.1 Неонатальный сахарный диабет

775.2 Неонатальная *myasthenia gravis* [тяжелая миастения]

775.3 Неонатальный тиреотоксикоз

775.4 Гипокальциемия и гипомagneмия новорожденного

Гипокальциемия от коровьего молока Гипокальциемия вследствие фосфатной нагрузки

Неонатальный гипопаратиреоз

775.5 Другие преходящие нарушения водно-солевого обмена у новорожденного

775.6 Гипогликемия новорожденного

Исключен: синдром новорожденного от матери, страдающей сахарным диабетом (775.0)

775.7 Поздний метаболический ацидоз новорожденного

775.8 Другие преходящие эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ у новорожденного

Аминокислотные метаболические нарушения, описанные как преходящие

775.9 Неуточненные

776 Гематологические нарушения у плода и новорожденного

Включены: расстройства, специфичные для плода или новорожденного

776.0 Геморрагическая болезнь новорожденного

Недостаточность витамина К у новорожденного

776.1 Преходящая неонатальная тромбоцитопения

Неонатальная тромбоцитопения вследствие:

обменного переливания

идиопатической материнской тромбоцитопении

изоиммунизации

776.2 Рассеянная внутрисосудистая коагуляция у новорожденного

776.3 Другие преходящие неонатальные расстройства коагуляции

776.4 Полицитемия новорожденного

776.5 Врожденная анемия

Анемия на почве потери крови плодом

Исключены: анемия вследствие изоиммунизации (773.-), наследственная гемолитическая анемия (282.-)

776.6 Анемия недоношенных

776.7 Преходящая неонатальная нейтропения

Изоиммунная нейтропения

Нейтропения, переданная от матери

776.8 Другие уточненные преходящие гематологические расстройства

776.9 Неуточненные

777 Расстройства системы пищеварения в перинатальном периоде

Включены: расстройства, специфичные для плода и новорожденного

Исключена: непроходимость кишечника, классифицируемая в рубрике 560.-

777.0* Мекониевый илеус (277.0+)

Закупорка меконием при муковисцидозе

777.1 Другие виды закупорки меконием

- Врожденное затвердение кала Синдром мекониевой пробки
- 777.2 Кишечная непроходимость вследствие сгущения молока
- 777.3 Гематемезис и мелена вследствие заглатывания материнской крови
- 777.4 Транзиторный илеус новорожденного
- Исключена: болезнь Гиршпрунга (751.3)
- 777.5 Некротизирующий энтероколит плода или новорожденного
- 777.6 Перфорация кишечника в перинатальном периоде
- Мекониевый перитонит
- 777.8 Другие
- 777.9 Неуточненные
- 778 Состояния, затрагивающие наружные покровы и терморегуляцию у плода и новорожденного
- 778.0 Водянка плода, не связанная с изоиммунизацией
- Идиопатическая водянка
- Исключена: водянка плода вследствие изоиммунизации (773.3)
- 778.1 Склерема новорожденного
- 778.2 Синдром холодовой травмы у новорожденного
- 778.3 Другие гипотермии новорожденного
- 778.4 Другие нарушения терморегуляции у новорожденного
- Вызванная внешне: дрожь, гипотермия и ратационная лихорадка у новорожденного
- 778.5 Другие и неуточненные отеки новорожденного
- 778.6 Врожденное гидроцеле
- 778.7 Гиперемия и набухание молочных желез у новорожденного
- Неинфекционный мастит новорожденного
- 778.8 Другие
- Крапивница новорожденного
- Исключены: импетиго новорожденного (684), пемфигус новорожденного
- 778.9 Неуточненные
- 779 Другие и неточно обозначенные состояния, возникающие в перинатальном периоде
- 779.0 Судороги новорожденного
- Припадки | у новорожденного
- Приступы |
- 779.1 Другие и неуточненные виды церебральной раздражимости у новорожденного
- 779.2 Церебральная депрессия, кома и другие аномальные церебральные симптомы
- 779.3 Проблемы вскармливания новорожденного

Срыгивание
Вялое сосание
Рвота

у новорожденного

779.4. Лекарственные реакции и интоксикации, специфичные для перинатального периода

«Серый» синдром у новорожденного вследствие применения хлорамфеникола

Исключены: реакции и интоксикации, возникающие при введении матери препаратов опиоя и транквилизаторов (763.5)

779.5 Синдром лекарственной абстиненции у новорожденного
Синдром лекарственной абстиненции у новорожденного, обусловленный токсикоманией матери

779.6 Прерывание беременности (влияние на плод)

779.8 Прочие

779.9 Неуточненные

Врожденная слабость БДУ

ГЛАВА 2

СИНДРОМОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Данная глава справочника посвящена характерным клиническим проявлениям, принципам диагностики и лечения наиболее часто встречающихся состояний и синдромов в гинекологической и акушерской практике. В ней нет традиционного изложения материала от нозологической формы болезни через ее диагностику к лечению. Но в то же время пусть читателю не покажется, что все акушерство и гинекология упрощенно сведены в схемы. Формирование клинического мышления может происходить только на основе логики и интуиции. Поэтому в основу этой части работы положен принцип, широко используемый за рубежом, — «от синдрома к нозологической форме». Смысл заключается в том, чтобы семейный врач, врач общего профиля или акушер-гинеколог, столкнувшись, например, с кровотечением, мог, ориентируясь на предлагаемые алгоритмы, логически прийти к вероятному диагнозу заболевания и выбрать наиболее приемлемый способ лечения.

Во многих странах аналогичная литература используется как в качестве обучения, так и в повседневной практике. Достаточно вспомнить такие переводные книги, как «Гинекологические нарушения» [1985]; «Трудный диагноз» [1992].

Весь материал мы постарались представить по принципу: определение заболевания, его причины, симптоматика, диагностика и принципы лечения. Рецептатура конкретных препаратов представлена в гл. 3, а в гл. 4 и 5 изложены методы фито- и физиотерапии. Таким образом, используя алгоритмы, таблицы, читатель может относительно быстро и квалифицированно быть проинформирован по вопросам своих действий от симптома к лечению конкретного состояния.

Мы не ставили перед собой цели осветить все заболевания, встречающиеся в акушерстве и гинекологии. Для этого существуют специальные руководства, монографии и другая литература, рассчитанная прежде всего на акушеров-гинекологов. Эта же работа предназначена не только для акушеров-гинекологов, но и для семейного врача, врача общей практики, терапевта и др. Справочник может оказаться полезным и для студентов медицинских институтов, желающих усовершенствовать свои знания по акушерству и гинекологии.

АМЕНОРЕЯ

Определение: Аменорея (А) — отсутствие менструации в течение 6 мес в расцвете детородного возраста.

Классификация аменореи:

- Физиологическая А.** — отсутствие менструации во время беременности или лактации.
- Первичная А.** — отсутствие менструации у женщины, достигшей 16 лет, или у женщины, никогда их не имевшей.
- Вторичная А.** — отсутствие менструации на протяжении 3 и более сроков нормального менструального цикла у женщины, которая раньше менструировала.
- Конституциональная** — отсутствие менструации при своевременном телархе и адренархе.
- Ложная А.** — отсутствие менструации при анатомических дефектах (заращение вульвы, атрезия цервикального канала, синехии и др.) и психогенного характера (ложная или мнимая беременность).

В табл. 1 представлены наиболее распространенные причины возникновения аменореи.

Таблица 1

Наиболее распространенные причины аменорей

Причины	Клинические и лабораторные признаки
Первичная аменорея	
Физиологические: задержка наступления менструаций;	Отсутствие менструаций в возрасте 16 лет и старше или через 3 года после развития молочных желез
беременность;	Масса тела менее 90% от расчетной по росту Отрицательный результат проб на беременность
лактация; менопауза	Нормальные показатели пролактина, индекс свободного тироксина, ФСГ, ЛГ, рентгенография турецкого седла, исследования кариотипа Отсутствие контрацепции, положительные признаки и пробы беременности Недавние роды или беременность, галакторея Возраст более 40 лет, приливы, бессонница, эмоциональная лабильность
Анатомические (пороки развития): — агенезия матки и влагалища (синдром Рокитанского—Кюстнера—Хуэзера) — заращение вульвы — сращение половых губ	Устанавливаются при клиническом обследовании
Генетические и/или эндокринные: — синдром Тернера;	Рост не более 147 см, неразвитые молочные железы, редкое оволосение на лобке, низкая граница роста волос на лбу, «перепончатая» шея, расширенная грудная клетка с широко расположенными сосками, укорочение IV пястной кости, снижение слуха, низко расположенные уши, множественные невусы, высокое небо, косоглазие, отсутствие пульсации на бедренных артериях, X-образные ноги Кариотип 45X
дисгенезия половых желез при нормальном кариотипе;	Препубертатное состояние, отсутствие соматических аномалий Кариотип 46XX
тестикулярная феминизация;	Часто высокий рост, нормальное развитие молочных желез, отсутствие волос на лобке, отсутствие матки, иногда обнаруживается опухоль в паховом канале (яичко) Уровень тестостерона, характерный для мужчин Кариотип 46XY
недостаточность яичников; поликистоз яичников первичный; опухоль гипофиза;	приливы, повышение уровня ФСГ и ЛГ Гирсутизм, гипертрихоз пушковых волос, тучность, увеличение яичников Если опухоль развивается до полового созревания — низкий рост, недоразвитие вторичных половых признаков, более молодой вид по сравнению с реальным возрастом

Продолжение табл. 1

Причины	Клинические и лабораторные признаки
<p>— первичный гипотиреозидизм;</p> <p>— врожденная гиперплазия надпочечников (дефицит 21- или 11-В-гидроксилазы)</p>	<p>Если опухоль развивается <i>после полового созревания</i> — редкие волосы на лобке, патология турецкого седла при рентгенографии или компьютерной томографии, нарушения полей зрения</p> <p>Сниженный уровень ФСГ, ЛГ, Т₃, индекса свободного тироксина, ТТГ и гормона роста, повышение уровня пролактина</p> <p>Психическая и интеллектуальная заторможенность, непереносимость холода, запоры, одутловатое лицо, сухая, утолщенная, бледная кожа, перiorбитальный отек</p> <p>Снижение уровня Т₄, поглощения Т₃, индекса свободного тироксина, повышение уровня ТТГ</p> <p>Гирсутизм, нормальное или повышенное артериальное давление, увеличение клитора, развитая мускулатура, невысокий рост. Повышение уровня 17-кетостероидов и прегнантриола, супрессия 17-кетостероидов глюкокортикоидами</p>
<p>Физиологические:</p> <p>— беременность;</p> <p>— лактация;</p> <p>— менопауза</p> <p>Анатомические:</p> <p>— повреждения эндометрия</p> <p>— внутриматочные синехии—синдром Ашермана</p> <p>Эндокринные:</p> <p>— опухоль гипофиза;</p>	<p>Вторичная аменорея</p> <p>Отсутствие коограции, тошнота, рвота, увеличение молочных желез</p> <p>Увеличение матки, матка, цианотичная гиперемия шейки матки, пигментация на лице</p> <p>Положительный результат проб на беременность</p> <p>Недавние роды или беременность</p> <p>Галакторея</p> <p>Лабораторные анализы не нужны</p> <p>Возраст обычно старше 40 лет; приливы, бессонница, эмоциональная лабильность</p> <p>Сухость входа во влагалище</p> <p>Повышение уровня ФСГ и ЛГ</p> <p>Наличие в анамнезе выскабливания стенок полости матки, особенно после родов или выкидыша, туберкулеза, отсутствие кровотечения после пробного курса лечения эстрогенами и прогестероном</p> <p>Уровень ФСГ и ЛГ в норме</p> <p>Если опухоль развивается <i>до полового созревания</i> — низкий рост, недоразвитие вторичных половых признаков, более молодой вид по сравнению с реальным возрастом</p> <p>Если опухоль развивается <i>после полового созревания</i> — редкие волосы на лобке, патология турецкого седла при рентгенографии или компьютерной томографии, нарушения полей зрения</p>

Окончание табл. 1

Причины	Клинические и лабораторные признаки
послеродовой некроз гипофиза — синдром Шихана;	Сниженный уровень ФСГ, ЛГ, Т ₃ , индекса свободного тироксина, ТТГ и гормона роста, повышение уровня пролактина Наличие в анамнезе кровотечения во время родов, артериальная гипотензия, отсутствие лактации после родов Редкие волосы на лобке, клинические симптомы гипотиреоза
— синдром «пустого» турецкого седла;	Сниженный уровень ФСГ, ЛГ, Т ₃ , индекса свободного тироксина, ТТГ, гормона роста и пролактина, рентгенологическая и томографическая картина турецкого седла нормальная.
— гиперпролактинемия;	Неоднократные роды в анамнезе, тучность Патология турецкого седла при рентгенографии и компьютерной томографии Галакторея
— прочие гипоталамические причины;	Возможны как норма, так и патология в области турецкого седла при рентгенографии и томографии Похудание, интенсивные физические нагрузки, саркоидоз в анамнезе
— синдром Кушинга;	Клинические проявления саркоидоза Длинные, жесткие, курчавые волосы, артериальная гипертензия, лунообразные лица, ожирение туловища, угри, стрии на коже, пурпура, истончение кожи, гирсутизм
— поликистоз яичников вторичный	Изменения сахарной кривой, отсутствие супрессии, снижения уровня кортизола плазмы при назначении 8 доз дексаметазона по 0,5 мг через 6 ч Гирсутизм, гипертрихоз пушковых волос, тучность
Лекарственные препараты	Увеличение яичников Недавний прием противозачаточных препаратов, производных фенотиазина, прогестерона, гипотензивных, химиотерапевтических средств

Принципы диагностики аменореи с учетом клинических симптомов и их значения в постановке диагноза представлены в табл. 2, а также на схемах 1 и 2.

Таблица 2

Клинические симптомы и их значение для диагностики аменореи

Клинические показатели	Характер изменений	Предполагаемое заболевание (я)
Рост Масса тела	Менее 147 см Менее 90% от расчетного по росту	Синдром Тернера Дисфункция гипоталамуса

Окончание табл. 2

Клинические показатели	Характер изменений	Предполагаемое заболевание (я)
Артериальное давление	Повышено	Врожденная гиперплазия надпочечников, синдромы Купинга или Тернера
Кожа	Желтоватая или бледная	Гипотиреоз, почечная недостаточность
Молочные железы	Сухая, утолщенная Не развиты	Гипотиреоз Отсутствие или значительное снижение уровня эстрогенов в крови
Гинекологическое исследование: Оволосение на лобке	Галакторея	Гиперпролактинемия
	Отсутствует	Тестикулярная феминизация, гипофизарная недостаточность
	Редкое	Синдром Тернера, гипофизарная недостаточность
	По мужскому типу или ромбовидное	Поликистоз яичников, врожденная гиперплазия надпочечников, другие заболевания надпочечников
Рефлексы	Увеличение клитора	Повышенный уровень андрогенов
	Увеличение вульвы	Сращение половых губ, аплазия влагалища, не нарушенная девственная плева
	Шейка матки не видна	Аплазия матки, поперечная перегородка влагалища
	Шейка матки цианотична, гиперемирована Матка увеличена	Беременность
	Торпидность сухожильных рефлексов	Беременность Гипотиреоз

Симптомы ложной аменореи:

- гематокольпос
- гематометра
- гематосальпинкс
- циклический болевой синдром (возникает во время менструации)

Принципы лечения аменореи.**1. Селлярные и супраселлярные опухоли гипофизарно-гипоталамической области:**

- хирургическое;
- лучевая терапия тяжелыми частицами.

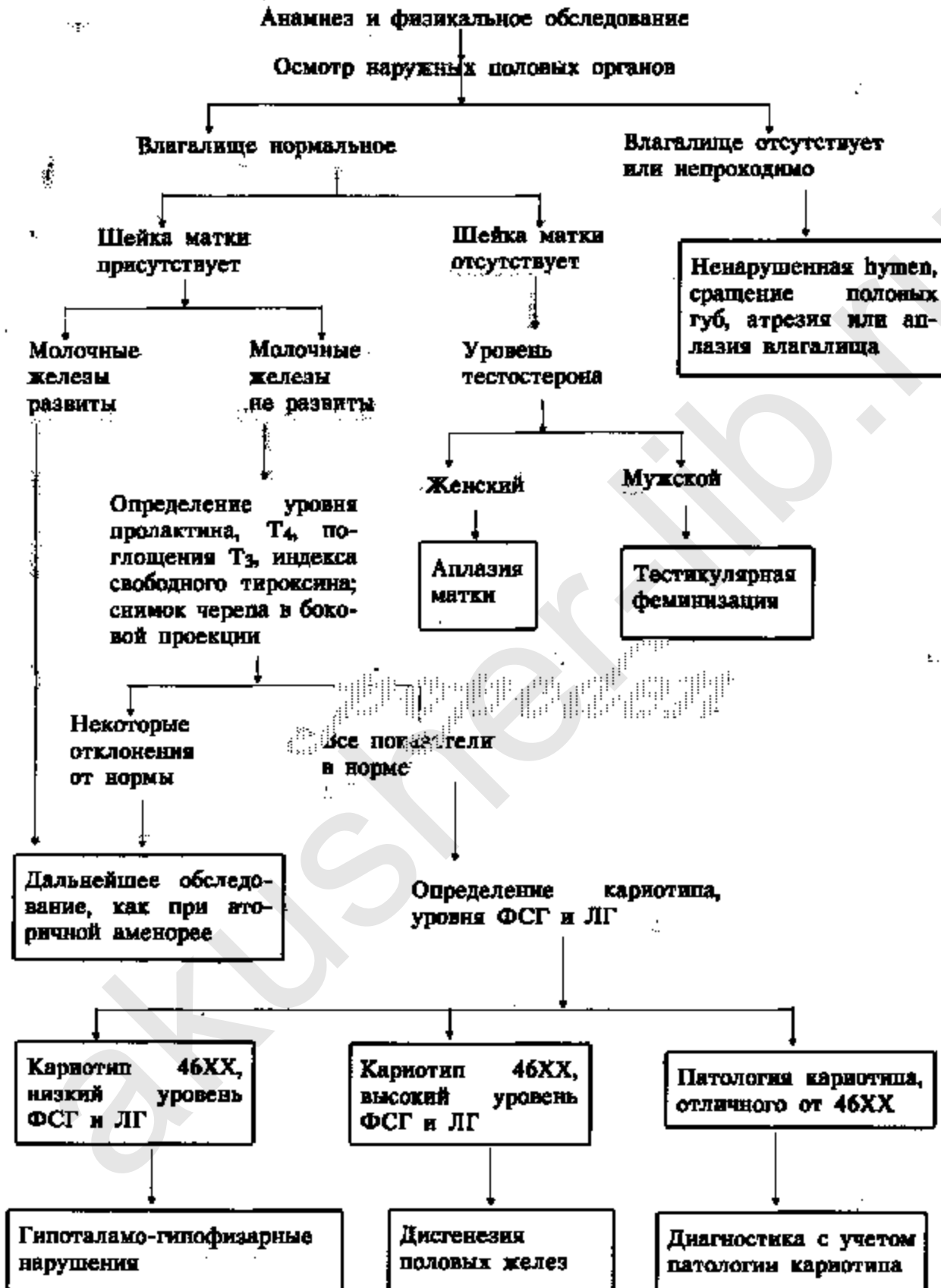


Схема 1. Алгоритм диагностики первичной аменореи.

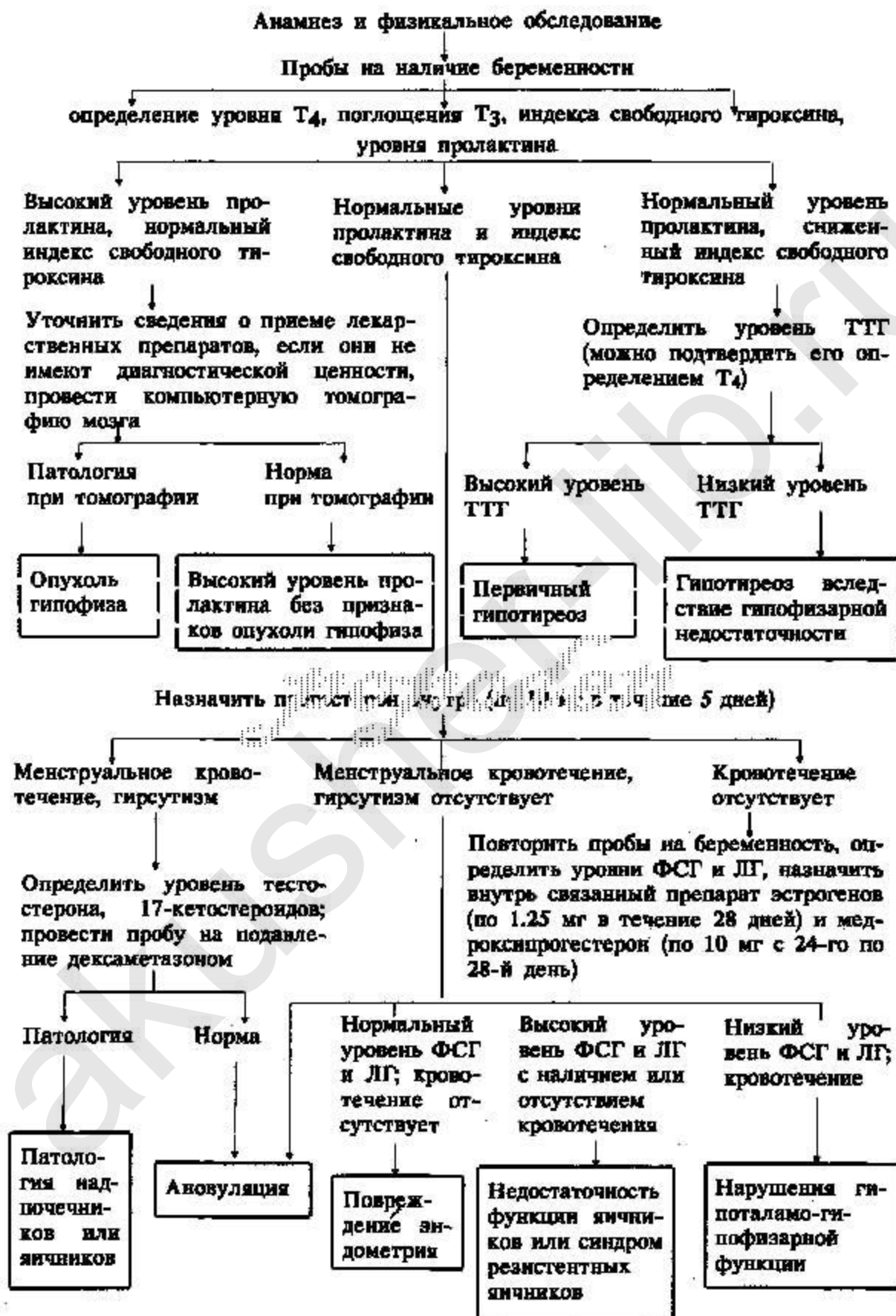


Схема 2. Алгоритм диагностики вторичной аменореи.

2. Опухоли яичников и надпочечников при повышенной продукции половых гормонов (яичникового или надпочечникового генеза):
 - гормональная терапия (дексаметазон; комбинированные оральные контрацептивы);
 - хирургическое.
3. Эстрогенная недостаточность:
 - заместительная терапия эстрогенами (проба на переносимость эстрогенов)
4. Гирсутизм и вирилизация:
 - антиандрогены;
 - хирургическое удаление опухоли.
5. Нарушения нормальной половой функции:
 - коррекция эстрогендефицитных состояний;
 - андрогенотерапия (применяется редко);
 - хирургическая коррекция половых путей.
6. Нарушения репродуктивной функции:
 - индукция овуляции.
7. Общеукрепляющая терапия.

Примерная схема лечения первичной аменореи:

1-й этап:

- «Microfollini-forte» по 2 таблетки 1 раз в день в течение 2 нед.
- Sol. Dimoestrolis oleosae 0,6% по 2 мл однократно, повторить через 10 дней.
- Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% по 1 мл внутримышечно через 2 дня, курсами по 20 дней в течение 3 мес.
- Влагалищная диатермия.

2-й этап (циклическая гормонотерапия):

- «Microfollini-forte» по 1 таблетке в 1-2-3-5-7-й дни или
- Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% по 1 мл внутримышечно в 1-2-3-5-7-й дни.
- «Microfollini-forte» на 9-11-13-й дни + Sol. Progesteroni 1% по 1 мл внутримышечно.
- Sol. Progesteroni oleosae 1% на 15-16-17-18-20-21-й дни по 1 мл внутримышечно. При отсутствии месячных через 10 дней курс повторяют, если наступят — 3-й курс лечения.

Примерная схема лечения вторичной аменореи:

1-й этап:

проба с прогестероном 1% — 3 мл 3 дня.

2-й этап (циклическая гормонотерапия):

на 12-й день цикла:

- Sol. Dimoestrolis oleosae 0,6% по 2 мл внутримышечно 1 раз в неделю.

— Sol. Progesteroni oleosae 1% по 1 мл внутримышечно, на 20-й день цикла;

— Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% по 1 мл внутримышечно однократно.

— Sol. Oxuprogesteroni carponatis oleosae 12,5% по 1 мл внутримышечно 1 раз в неделю.

Одновременно:

— Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% по 1 чайной ложке 2 раза в день.

— Ac. Folici 0,001 по 1 таблетке 2 раза в день.

— Влагалищная диатермия.

Примерная схема лечения яичниковой аменореи:

1-й этап:

— Sol. Dimoestrolis oleosae 0,6% по 1 мл внутримышечно 1 раз в неделю. В течение 2-3 мес., по 20 дней, перерыв 8-10 дней. Последние 3 инъекции не должны превышать 1/2-1/4 начальной дозы.

— «Microfolini-forte» по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 нед.

2-й этап:

— Praegniini 0,01 по 1 таблетке 2 раза в день (под язык) в течение недели.

3-й этап:

— Синтетические прогестины с 5-го по 25-й день цикла (овулен, овидон, ригевидон, нон-овлон, секвитар, циклопрогинова).

— Одновременно с эстрогенами — тиреондин, фолиевая кислота, а с прогестинами — токоферола ацетат.

Примерная схема лечения психогенной аменореи:

— Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% по 1 чайной ложке 2 раза в день;

— шейно-лицевой гальванофорез 2% раствора витамина B₁ и 0,25% раствора новокаина;

— непрямая диэнцефальная стимуляция, импульсный ток низкой частоты с битемпоральным расположением электродов;

— шейно-лицевой гальванофорез брома;

— прерывистые курсы гормонотерапии:

эстрогены 15 дней 3-4 курса с интервалами;

прогестерон 8 дней 2-3 мес;

— синтетические прогестины по 1 таблетке 21 день:

с 5-го по 25-й день 3 курса и с 15-го по 25-й день — 3 курса.

БЕЛИ

Определение: Бели (*fluor albus, leucorrhoea*) — это общий симптом, характеризующийся патологическими выделениями из половых путей женщины. Они наблюдаются у 1/3 больных.

Классификация белей:

Вестibuлярные — продуцируемые слизистой оболочкой преддверия влагалища; могут содержать секрет больших желез преддверия влагалища.

Влагалищные — продуцируемые слизистой оболочкой стенки влагалища.

Маточные — обусловленные патологическими процессами в полости матки.

Трубные — обусловленные патологическим процессом в маточных трубах.

Шеечные — обусловленные патологическими изменениями в шейке матки.

Причины белей: могут быть выявлены при сборе анамнеза и физикальном обследовании. К ним можно отнести:

— воспалительные и инфекционные заболевания наружных и внутренних половых органов, включая сексуально-трансмиссионные заболевания;

— эндокринные заболевания;

— системные заболевания;

— последствия массивной антибиотикотерапии;

— частые спринцевания и влагалищные души;

— внутриматочная контрацепция;

— фоновые заболевания и последствия травматических повреждений шейки матки;

— злокачественные новообразования женских половых органов;

— беременность (в некоторых случаях);

— влияние неблагоприятных факторов окружающей среды (радиация, химические воздействия);

— местно-раздражающие факторы (ношение тесного белья, применение сильнодействующих химических веществ);

— уrogenитальные и кишечно-влагалищные свищи.

Вероятные причины возникновения белей в различные возрастные периоды представлены в табл.3.

Таблица 3

Вероятные причины возникновения белей в различные возрастные периоды жизни женщины

Период жизни	Причина
Все возрастные периоды	Нарушение биоценоза влагалища Изменение содержания эстрогенов Вульвовагинит
Новорожденности	
Пубертатный	

Окончание табл. 3

Период жизни	Причина
Подростковый	Инвазия патогенной микрофлоры кишечника
Детородный	Инородные тела во влагалище
Климактерический	Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов
Менопауза	Атрофический и инфекционный вагинит Злокачественные новообразования половых органов

Симптомы: повышенное количество выделений из половых путей, часто сопровождающееся неприятным запахом.

Диагностика: для правильной оценки характера выделений необходимо собрать анамнез, произвести тщательное объективное обследование, выполнить определенные лабораторные исследования.

Важно знать физиологические и патофизиологические механизмы появления выделений. В большинстве случаев на основании простых диагностических мероприятий можно поставить точный диагноз.

Анамнез. При сборе анамнеза следует обратить внимание на следующее:

— определенное диагностическое значение имеет возраст больной;

— бесплодие (высокая вероятность воспалительных заболеваний);

— связь белей с характером половой жизни (начало, частота, способы, число половых партнеров);

— время возникновения и длительность выделений, связь с половой активностью, наличие сопутствующих симптомов;

— зуд, жжение, боли, дизурические расстройства, типичные для сексуально-трансмиссионных заболеваний;

— методы контрацепции;

— особенности личных гигиенических мероприятий (влагалищные души, спринцевания, подмывания, их частота и используемые средства);

— анамнестические данные о ранее наблюдавшихся выделениях из влагалища и их лечении имеют определенное значение и могут свидетельствовать о предшествующей неправильной диагностике, неадекватном лечении, невнимании больной к своему состоянию или новом заболевании.

Объективное обследование:

— исследование органов малого таза лучше всего производить в период наиболее выраженных выделений без предварительного подмывания половых органов и лечения выделений, а также не ранее, чем через 3 нед после приема антибактериальных препаратов;

— осмотр наружных половых органов и внутренних поверхностей бедер (наличие воспалительных изменений, отека, экскорриаций, изъязвлений), осмотр устья уретры и выводных протоков больших желез преддверия влагалища, наличие выделений на наружных половых органах;

— внутреннему гинекологическому исследованию должен предшествовать осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах с проведением необходимых клиничко-лабораторных тестов; особое внимание обращают на характер выделений, pH содержимого влагалища и др.;

— бимануальное и ректальное исследования.

• Клиничко-лабораторная диагностика патологических выделений

Обязательные исследования:

- смыв и мазок содержимого влагалища на трихомонады;
- грам-мазок на гонококки и грибы;
- исследования на хламидиоз, микоплазмоз;

Дополнительные исследования:

- бактериологическое исследование нативного материала (посевы в аэробных и анаэробных условиях);
- газожидкостная хроматография;
- диагностика вирусных инфекций (герпетической, папилломавирусной);
- исследование мазка по Папаниколау;
- биопсия (при новообразованиях);
- серологические исследования (для диагностики сифилиса, герпетических поражений, венерических лимфогранулем).

В табл. 4 представлены общие дифференциально-диагностические критерии для оценки вагинальных выделений.

Таблица 4

Вагинальные выделения: общие диагностические критерии

Признаки	Нормальное состояние	Бактериальный вагиноз	Кандидоз	Трихомонада
Тип вагинальных выделений	Образуются комочки	Гомогенные	Хлопьевидные	Гомогенные /пенистые
pH	<4,5	>4,5	<4,5	>4,5
Аминный запах	Отсутствует	Имеется	Отсутствует	Имеется или отсутствует
Ключевые клетки	Отсутствуют	Имеются	Отсутствуют	Отсутствуют
Трихомонады	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Имеются
Дрожжевые споры или псевдонити	Отсутствуют	Отсутствуют	Имеются	Отсутствуют
Лактобациллы, другие бактерии	Имеются	Отсутствуют	Имеются	Имеются или отсутствуют

Дифференциальная диагностика: проводится между заболеваниями, которые могут сопровождаться появлением выделений из половых путей.

А. Гинекологические:

- бактериальный вагиноз,
- гонорея,
- трихомониаз,
- хламидиоз,
- кандидиоз,
- неспецифический вагинит,
- бартолинит,
- остроконечные кондиломы,
- вирусные инфекции (генитальный герпес, вирус папилломы человека),
- атрофические вагиниты,
- эмфизематозный вагинит,
- химические вагиниты,
- рак влагалища и шейки матки, тела матки, маточных труб,
- аденоз влагалища,
- цервицит (острый и хронический, туберкулезный),
- эндометриоз, полип, эктропион, эрозия шейки матки,
- эндометрит, пиометрит,
- гидросальпинкс, сальпингит, оофорит,
- мочеполовые, кнудечно-головые свищи,
- инородные тела во влагалище.

Б. Негинекологические:

- уретрит,
- глистная инвазия,
- пиодермия в области внутренних поверхностей бедер и наружных половых органов,
- сифилис, паховая гранулема, канкроид,
- гранулематозные поражения.

Принципы лечения. Тщательная оценка, точная диагностика и своевременное адекватное начало лечения являются гарантией высококачественной и эффективной медицинской помощи. Лечение выделений из влагалища должно быть строго индивидуальным и учитывать возраст пациентки.

1. Антибактериальная терапия. Проводится исключительно при установленной инфекционной этиологии заболевания и включает применение оральных, парентеральных и местнодействующих препаратов. Точная этиологическая диагностика способствует выбору антибиотиков соответствующего спектра действия. При бактериальном вагинозе (дисбактериозе влагалища) парентеральный или оральный прием антибиотиков нецелесообразен.

2. Десенсибилизирующие препараты.
3. Общие и местнодействующие противовоспалительные средства.
4. Создание оптимально приближенных к норме условий внутренней среды во влагалище путем повышения кислотности (инстилляций слабыми растворами молочной или борной кислоты).
5. Гормональная терапия (местного и общего действия) у лиц пожилого возраста.
6. Применение лекарственных трав (вагинальные орошения, сидячие ванночки).
7. Физиотерапевтические процедуры при упорных хронических заболеваниях.
8. Восстановление нормальной микрофлоры влагалища путем местного применения биологических бактериальных препаратов (эубиотиков).
9. Общеукрепляющее лечение, витаминотерапия.
10. Обязательное лечение половых партнеров при инфекционно-воспалительных заболеваниях, передающихся половым путем. На период лечения рекомендуется половое воздержание.

БЕСПЛОДИЕ

Определение. Бесплодие (sterilitas) — неспособность зрелого организма производить потомство. Женское бесплодие — неспособность женщины к зачатию в детородном возрасте.

По определению ВОЗ, бесплодным считается тот брак, в котором у жены в течение одного года не возникает беременностей при регулярной половой жизни без применения каких-либо средств контрацепции, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

При частоте бесплодных браков, достигающей 15%, эта проблема приобретает важное государственное значение. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты бесплодных браков.

Различают мужское бесплодие, женское, смешанное и неясного генеза, или «необъяснимое» бесплодие.

Классификация женского бесплодия

Первичное бесплодие характеризуется отсутствием беременности в течение 1 — 2 лет с начала половой жизни.

Вторичное — характеризуется отсутствием беременности при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств после одной или нескольких беременностей (включая вне-

маточную), окончившихся родами, абортom или оперативным вмешательством.

Абсолютное — возможность беременности полностью исключена в связи с крайней степенью гипоплазии или отсутствием матки, яичников, маточных труб, аномалиями развития половых органов и др.

Относительное — беременность возможна при устранении причин, вызвавших бесплодие (лечение воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструального цикла и др.).

Выделяют следующие основные формы женского бесплодия.

Трубное или перитонеальное. Приблизительно у 60 — 70% женщин, страдающих бесплодием, наблюдается патология маточных труб или спаечный процесс в области малого таза. Чаще всего трубно-перитонеальное бесплодие развивается в результате воспаления маточных труб (гонококковые, хламидийные, микоплазменные, бактериоидные и другие сальпингиты, туберкулез половых органов). После перенесенного сальпингоофорита главным образом нарушается транспортная функция маточных труб с последующим развитием бесплодия. Кроме этого, трубное бесплодие может быть обусловлено анатомо-функциональными изменениями (врожденные аномалии, генитальный эндометриоз).

Эндокринное бесплодие. Это форма бесплодия является собирательным понятием, поскольку речь идет о многих эндокринных заболеваниях, имеющих различные причины, патогенез и клиническую картину. Для эндокринного бесплодия характерны расстройства функций в системе гипоталамус — гипофиз — яичники, а также изменения в сопряженных эндокринных железах (щитовидной, надпочечниках), приводящие к нарушению процесса овуляции. Внедрение в клиническую практику методов определения гормонов в сыворотке крови (радиосатурационный, иммуноферментный, иммунофлюоресцентный) позволяет выявить поражения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и разделить пациентов с бесплодием, обусловленным немеханическими факторами, на 7 групп, в зависимости от этиологии заболевания.

Группа I. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность.

Симптомы:

- аменорея;
- снижены или отсутствуют эстрогены яичникового генеза;
- уровень гонадотропинов низкий;
- пролактин не повышен;
- опухоль в гипоталамо-гипофизарной системе не определяется;
- недоразвитие половых органов;
- гипоменструальный (редко гиперменструальный) синдром;
- выражены аномалии развития половых органов.

Выделяют 3 степени гипоталамо-гипофизарной недостаточности:

А — легкая степень. Пациентки, имеющие вторичную аменорею, правильный женский фенотип, положительные пробы с прогестероном, люлиберином, отрицательную — с кломифеном.

Б — умеренная степень. Пациентки, имеющие первичную (64%) или вторичную (36%) аменорею, диспропорциональный тип телосложения, отрицательную пробу с прогестероном и положительную с люлиберином.

В — тяжелая степень. Пациентки, имеющие евнухоидный тип телосложения, отрицательные пробы с прогестероном и люлиберином.

Группа 2. Гипоталамо-гипофизарная дисфункция.

В эту группу входят женщины с различными расстройствами менструального цикла (недостаточность лютеиновой фазы, ановуляторные циклы или аменорея).

Симптомы:

- дисфункциональные маточные кровотечения;
- повышенная секреция эстрогенов;
- невысокий уровень гонадотропинов и пролактина.

Группа 3. Яичниковая недостаточность.

Симптомы:

- аменорея, сопровождающаяся значительным снижением эстрогенов;
- «приливы»;
- повышение уровня ФСТ;
- различные хромосомные аномалии (синдром Шерешевского—Тернера, дистенезия гонад, тестикулярная феминизация).

Группа 4. Врожденные или приобретенные нарушения половой системы.

Женщины с аменореей, не реагирующие кровотечением на курсы эстрогенной терапии.

Симптомы:

- облитерация полости матки;
- синехии в полости матки (синдром Ашермана).

Группа 5. Гиперпролактинемия при наличии опухоли в гипоталамо-гипофизарной области.

Женщины с различными расстройствами менструального цикла (недостаточность лютеиновой фазы, ановуляторные циклы или аменорея).

Симптомы:

- повышенный уровень пролактина;
- наличие опухоли в гипоталамо-гипофизарной области (микро- или макроаденома гипофиза).

Группа 6. Гиперпролактинемия без поражения гипоталамо-гипофизарной области.

Женщины с расстройствами менструального цикла, аналогичными группам 2 и 5, с четким продуцированием эстрогенов яичникового происхождения и повышенным уровнем пролактина.

Группа 7. Аменорея на фоне опухоли в гипоталамо-гипофизарной области.

Симптомы:

- снижение продукции рилизинг-гормонов и гонадотропинов;
- снижение экскреции эстрогенов;
- ановуляторные циклы;
- аменорея при нормальном уровне пролактина;
- обнаружение опухоли в гипоталамо-гипофизарной области.

Этиологические факторы женского бесплодия. Сложность биологической роли женского организма в воспроизводстве потомства обуславливает многообразие причин бесплодия.

В настоящее время проблема бесплодия рассматривается применительно к семье, что делает необходимым обследование обоих супругов. Совместными усилиями 33 сотрудничающих центров ВОЗ по проблеме бесплодия, исследовавших 8000 бесплодных пар, определены возможные факторы мужского и женского бесплодия.

1. Женские факторы бесплодия в браке:

- двусторонняя непроходимость маточных труб;
- спаечный процесс в малом тазу;
- приобретенная трубная патология;
- приобретенная яичниковая патология;
- эндометриоз;
- приобретенные патологии матки и шейки матки;
- врожденные аномалии;
- гиперпролактинемия;
- гипофизарный уровень поражения (опухоль);
- аменорея с высоким уровнем ФСГ;
- аменорея с нормальным уровнем эстрогенов;
- аменорея с низким уровнем эстрогенов;
- олигоменорея;
- нерегулярные менструации и/или ановуляция;
- ановуляция при регулярном ритме менструаций;
- туберкулез;
- психосексуальные расстройства;
- бесплодие неясного генеза (лапароскопия не проводилась);
- ятрогенные причины;
- системные заболевания;
- отрицательный посткоитальный тест (ПКТ);
- отсутствие видимых причин бесплодия.

2. Мужские факторы бесплодия в браке:

- изолированная патология семенной жидкости;
- ятрогенные причины;
- системные заболевания;
- врожденные аномалии;
- приобретенное повреждение яичек;
- варикоцеле;
- инфекция придаточных желез;
- иммунологический фактор;
- эндокринные причины;
- идиопатическая олигозооспермия;
- идиопатическая астеноспермия;
- идиопатическая тератоспермия;
- психосексуальные расстройства;
- бесплодие неясного генеза;
- обструктивная азооспермия.

3. Сочетание факторов женского и мужского бесплодия.

Диагностика бесплодия: в условиях специализированного амбулаторного приема осуществляется первый этап обследования супружеской пары. На этом этапе проводятся:

- снимок турецкого седла с описанием;
- консультация окулиста (для зрения);
- сахарная кривая;
- анализ суточного количества мочи на содержание 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов;
- цитология влагалищных мазков в течение 2 мес (8 мазков);
- измерение ректальной температуры в течение 2-3 мес;
- консультация эндокринолога;
- спермиограмма мужа;
- гистеросальпингография (через 3-10 дней после окончания менструации);
- кимографическая пертубация (в середине менструального цикла).

Второй этап обследования проводится в гинекологических отделениях стационаров, оснащённых лапароскопами и гистероскопами, имеющих возможности гистологического исследования биоптатов эндометрия и яичников, брюшины и маточных труб, а также проведения гормональных исследований (схема 3).

Принципы лечения бесплодного брака

По результатам обследования принимается решение о необходимом методе лечения для каждой пары. В настоящее время в нашей стране распространены и внедряются в практику работы лечебных учреждений следующие методы лечения бесплодия: медикаментозная коррекция гормональных и иммунологических на-

Клиническое обследование

Определение содержания пролактина



- Группа 1 — гипофункция гипофиза — гипоталамуса
 Группа 2 — дисфункция гипофиза — гипоталамуса
 Группа 3 — недостаточность яичников
 Группа 4 — врожденные или приобретенные аномалии половых путей
 Группа 5 — бесплодие с гиперпролактинемией, связанной с опухолью в области гипофиза — гипоталамуса
 Группа 6 — бесплодие с гиперпролактинемией без обнаруживаемой опухоли в области гипофиза — гипоталамуса
 Группа 7 — аменорея без увеличенного пролактина в плазме крови, связанная с опухолью в области гипофиза — гипоталамуса.

Схема 3. Обследование больных с бесплодием.

рушений; хирургическое лечение трубного и перитонеального бесплодия; инсеминация спермой донора; экстракорпоральное оплодотворение.

1. Лечение супруга при мужском бесплодии (проводится андрологом).

2. При установленной инфекционной патологии (хламидиоз, гарднереллез и др.) проводится антибактериальная терапия обоих супругов.

3. Назначение гормональных препаратов (см. гл. 3) при эндокринном бесплодии.

4. При трубно-перитонеальном бесплодии:

— противовоспалительная терапия;

— десенсибилизирующая;

— общеукрепляющая;

— физио-, бальнеотерапия, курортолечение;

— фитотерапия.

5. Искусственная инсеминация спермой мужа или донора при иммунологическом, необъяснимом бесплодии или при патологии сперматогенеза.

При неэффективности консервативной терапии показано микрохирургическое (лапароскопическое) лечение или экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) спермой мужа (или донора).

Показания для проведения экстракорпорального оплодотворения:

— абсолютное трубное бесплодие (состояние после двусторонней тубэктомии);

— непроходимость или затрудненная проходимость маточных труб, при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного или оперативного лечения;

— бесплодие неясного генеза, установленное после проведения полного клинического обследования на современном уровне, включая гормональное, эндоскопическое обследование супружеской пары;

— субфертильность спермы мужа при отсутствии эффекта от проведения гомологического осеменения.

Обязательными условиями проведения ЭКО со стороны женщины являются:

— сохраненная в полном объеме функциональная способность матки к имплантации и вынашиванию беременности;

— отсутствие противопоказаний для беременности и родов (соматических, психических или генетических заболеваний);

— сохраненная способность яичников к адекватному ответу на гонадотропную стимуляцию (эндогенную или экзогенную);

— отсутствие анатомических изменений, препятствующих проведению пункции фолликулов яичника;

— отсутствие неопластических и воспалительных заболеваний.

Андрологические условия проведения программы ЭКО, как правило, не являются абсолютными, так как решение многих из этих вопросов лежит в области этических и юридических аспектов (имеется в виду применение спермы донора). Однако при отсутствии в учреждении банка спермы доноров — обязательным условием оплодотворения яйцеклеток является наличие фертильной спермы при отрицательных признаках инфицированности урогенитального тракта у мужа пациентки.

При отсутствии перечисленных условий (и некоторых других) проведение экстракорпорального оплодотворения может считаться противопоказанным. Наиболее частым противопоказанием является выраженный спаечный процесс в малом тазу после перенесенных операций или воспалительных заболеваний, являющийся препятствием для хирургического доступа к поверхности яичников во время лапароскопии. Кроме того, опасность ранения полых органов и крупных кровеносных сосудов в брюшной полости в этих условиях превышает допустимый уровень риска, адекватного поставленным задачам получения преовуляторных ооцитов.

Лечение трубного бесплодия

Лечение трубно-перитонеальной формы бесплодия — это длительный и трудоемкий процесс, включающий комплекс медикаментозного, физиотерапевтического, преформированного воздействия на макроорганизм. Условно лечение трубного бесплодия можно разделить на несколько этапов.

1-й этап: при хроническом процессе с частыми обострениями лечебные мероприятия начинаются с антибактериальной терапии:

- антибиотики;
- сульфаниламидные препараты;
- нитрофураны.

Одновременно назначают общеукрепляющие средства:

- витамины группы В, С, Е, фолиевую кислоту;
- биогенные стимуляторы (алоэ, ФиБС, плазмол, стекловидное тело).

Затем к терапии добавляют физические методы лечения:

- соллюкс;
- ультразвук;
- электрофорез новокаина 0,25%;
- электрофорез сульфата цинка 0,25%;
- электрофорез амидопирин 2%;
- электрофорез сульфата магния 2%;
- электрофорез ихтиола 1%.

2-й этап:**Рассасывающая терапия:**

- натрия тиосульфат 10% — 5—10 мл внутривенно, через день, на курс 30 инъекций;
- биогенные стимуляторы:
- пеллоидодистиллят 1 мл подкожно, ежедневно, N. 30;
- гумизоль 1 ампл. внутримышечно, ежедневно, N. 20;
- торфорт 1 ампл. подкожно, ежедневно, N. 20;
- биосед 1—2 мл подкожно, ежедневно, N. 20;
- полибиолин 0,5, разводить 0,5% раствором новокаина внутримышечно через день, N. 10;
- румалон в 1-й день — 0,3, через 2 дня — 0,5, затем по 1 мл 3 раза в неделю. Курс — 6 нед.

Физические методы лечения:

- электрофорез 1% раствора калия йодида, лидазы, химотрипсина или химопсина, пеллоидина, эластолитина, террилитина.

Электрофорез рекомендуется сочетать с ультразвуком (фонофорез). Для достижения более выраженного эффекта электрофореза перед процедурой больной ставит теплую микроклизму (50 мл) из лекарственного вещества, применяемого для электрофореза.

Для озвучивания пользуются отечественным аппаратом УТС-1 и УТП-1 с частотой колебаний 800 Гц, зона воздействия — надлобковая и паховая (0,12 г, 0,12 г, 0,12 г) (через вазелиновое масло или глицерин), методика подвижная, режим импульсный, длительность импульса — 10 мс, экспозиция 5—20 мин. Интенсивность постепенно увеличивается от 0,4 Вт/см² при первых процедурах, до 0,6 Вт/см² при последующих.

Гидротубации:

- 1) Пенициллин 300 тыс. ЕД;
Стрептомицин 250 тыс. ЕД;
Лидаза 64 ЕД;
Гидрокортизон 25 мг;
Раствор новокаина 0,25% — 4—5 мл.

При хорошей переносимости процедуры объем новокаина через день увеличивают до 20 мл.

- 2) Стрептомицина сульфат 1 г;
Ампициллин 1 г;
Гидрокортизон 25 мг;
Лидокаин 10 мл.

Три курса с интервалами не менее 1 мес.

- 3) Клиндамицин 300 мг;
Гентамицин 40 мг;
Химотрипсин 10 мг;
Гидрокортизон 25 мг;
Лидокаин 10 мл.

- 4) Метроджил 20 мл;
Гентамицин 40 мг;
Химотрипсин 10 мг;
Гидрокортизон 25 мг.

Гидротубации начинают с введения 5—10 мл смеси, увеличивая объем вводимой жидкости при каждой последующей процедуре с доведением к концу курса до 20—40 мл раствора.

Давление в системе поднимают медленно в течение 30 мин, постепенно доводят до 160—180 мм рт. ст. Затем введение литической смеси прекращают, герметизируют цервикальный канал (с помощью пулевых щипцов или колпачка Кафки) и оставляют больную лежать на кресле в течение 1 ч для сохранения контакта введенных лекарственных веществ со стенкой трубы продолжительное время.

На курс лечения 7—10 процедур. Лечение проводят через день с 8-го по 24-й дни цикла или с 7-го по 17-й дни цикла (при 21-дневном цикле).

Гидротубации наиболее эффективно проводить с помощью программируемого аппарата для диагностики и лечения трубного бесплодия ДЛТБ-1 (Ижевск).

3-й этап. Курортное лечение:

- грязевые трусы, аппликации, тампоны;
- ванны с морской водой;
- парафино-озокеритовые аппликации;
- сероводородные ванны;
- гинекологический массаж.

Примерная схема длительной рассасывающей терапии

1-й курс:

- натрия тиосульфат 10% раствор — 5—10 мл внутривенно через день, на курс 20 инъекций;
- электрофорез 1% раствора калия йодида N. 20;
- пеллоидодистиллят 1 мл внутримышечно, ежедневно, N. 20, перерыв 1—1,5 мес.

2-й курс:

- гидротубации 6 процедур через день;
- ультразвук террилитина 6 процедур через день, перерыв 1—1,5 мес.

3-й курс:

- электрофорез лидазы через день N. 26;
- гумизоль 1 ампл. внутримышечно, через день, N. 20, перерыв 1—1,5 мес.

4-й курс:

- гидротубации с химотрипсином 8 процедур через день;
- ультразвук 8 процедур через день, перерыв 1—1,5 мес.

5-й курс:

- электрофорез пеллоидина через день, N. 20;
 - биссед 2 дня по 1 амп. внутримышечно
 - 2 дня по 2 амп. внутримышечно
 - 2 дня по 3 амп. внутримышечно
 - 2 дня по 4 амп. внутримышечно
 - 2 дня по 3 амп. внутримышечно
 - 2 дня по 2 амп. внутримышечно
 - 2 дня по 1 амп. внутримышечно
- перерыв 1—1,5 мес.

6-й курс:

- гидротубации 10 процедур;
- ультразвук 10 процедур, перерыв 2—3 мес; курортное лечение.

Лечение эндокринных форм бесплодия должно быть дифференцированным, оно зависит от причины и длительности бесплодия, а также сопутствующих заболеваний. Это непростая задача, так как среди нейрогормональных механизмов, регулирующих функцию эндокринных желез, механизм регуляции функции яичников является одним из наиболее сложных, что связано не только с выработкой яичником нескольких гормонов, но и с циклической их секрецией, связанной с другими эндокринными железами.

Для лечения гормонального бесплодия используют:

- половые гормоны;
- синтетические прогестины;
- кломифен (кломистилбегит);
- гонадотропные гормоны;
- бромкриптин (парлодел).

Лечение половыми гормонами:

- эстрогены (микрофоллин 0,1 мг с 5-го по 18-й день цикла);
- прогестерон 1% раствор — 1 мл внутримышечно с 18-го по 25-й день цикла.

Лечение синтетическими прогестинами:

- | | |
|-------------|-------------|
| — бисекурин | — гравистат |
| — нон-овлон | — овулен |
| — энавид | — метрулен |
| — овидон | — зугинон |
| — ригевидон | |

Препараты принимают по 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла 3 курса; по 1 таблетке с 15-го по 25-й день цикла 3 курса.

Особую группу синтетических прогестинов представляют циклопрогинова и секвилар. Они не являются контрацептивами, их принимают с 5-го по 25-й день цикла, при этом строго соблюдают

последовательность приема: таблетка 1 принимается на 5-й день цикла, 2 — на 6-й и т. д.

Лечение основных форм бесплодия

1. Бесплодие при регулярном ритме менструаций и олигоменорее. В эту группу входят больные с нормальным уровнем пролактина и андрогенов и исключенным эндометриозом. Лечение следует начинать с циклической гормонотерапии или применения комбинированных эстроген-гестагенных препаратов. *Циклическая гормональная терапия* проводится этинилэстрадиолом по 0,1 мг 1 раз в сутки после еды с 5-го по 18-й день цикла. С 18-го по 26-й день менструального цикла назначают нарколут по 10 мг в сутки или 2,5% раствор прогестерона по 1 мл внутримышечно через день. Лечение по данной схеме проводится в течение 3 мес подряд, с перерывом 2—3 мес. Возможно проведение 3 циклов терапии.

Комбинированные эстроген-гестагенные препараты, типа нон-овлона и бисекурина, назначаются с 5-го по 25-й день менструального цикла по 1 таблетке в день после еды в одно и то же время.

Длительность курса лечения 2—3 мес с перерывом между курсами лечения 3 мес. Проводят не менее 3 курсов лечения.

Базальная температура на фоне приема препаратов постоянно монофазная и повышена до $37,3^{\circ}\text{C}$.

Через 2—5 дней после приема последней таблетки наступает менструальноподобная реакция, однако у 2% больных после окончания приема таблеток она может быть крайне скудной или отсутствовать. В данном случае лечение следует ограничить 1—2 мес приема таблеток с перерывом не менее 3 мес, воздержавшись от повторных курсов терапии.

Частота стимуляции функции яичников при данном методе лечения составляет 70—80%, а частота наступления беременности — 25—40%.

При отсутствии эффекта от вышеуказанных методов лечение следует продолжить кломифена цитратом, клостильбегитом, клоmidом. Терапия этими препаратами проводится крайне осторожно с индивидуальным подбором дозы в каждом цикле лечения ввиду возможности развития гиперстимуляции и появления лютеиновых кист яичников. Лечение следует начинать с 5-го дня от начала менструации или менструальноподобного кровотечения после применения прогестерона. В первом цикле клостильбегит (клоmid) назначают по 50 мг в сутки (1 таблетка) после еды в течение 5 дней. Во время всех циклов лечения больная должна быть осмотрена врачом дважды: в дни, соответствующие овуляции, для определения уровня эстрогенной насыщенности по тестам функциональной диагностики и во II фазе цикла (на 7—9-й день

базальной температуры) для определения гиперстимуляции их функции. В течение всех циклов лечения следует измерять базальную температуру. При задержке менструации и повышении базальной температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ и выше 16—18 и более дней, проводят исследование мочи на содержание хорионического гонадотропина (ХГ) с целью диагностики наступившей беременности. До уточнения диагноза повторные курсы лечения не назначают.

При отсутствии эффекта после 1 курса лечения назначают второй — доза препарата определяется степенью стимуляции функции яичников в предыдущем цикле лечения. Если доза 50 мг в сутки была достаточной и вызвала овуляцию, удлинение II фазы цикла и усиление эстрогенной насыщенности, повторяют лечение в той же дозе. При отсутствии стимулирующего влияния кломифена цитрата, клостильбегита в первом цикле лечения доза препарата может быть увеличена до 100 мг в сутки при длительности приема 5 дней, начиная с 5-го дня менструального цикла. При отсутствии эффекта от лечения во 2-м цикле дозу этих препаратов увеличивают до 150 мг в сутки, но не более. Рекомендуется проведение 6 циклов лечения подряд. Во время всех циклов терапии больная должна находиться под строгим наблюдением врача.

Противопоказания:

- хронические заболевания печени;
- гипертоническая болезнь;
- фиброаденомы молочных желез;
- гиперпролактиновые формы женского бесплодия.

Побочные реакции: «приливы» жара, тошнота, снижение остроты зрения, выпадение волос на голове, боли в области печени. При появлении этих симптомов лечение должно быть прекращено, так как указывает на индивидуальную непереносимость препарата.

2. Бесплодие, обусловленное нормогонадотропной и гипогонадотропной аменореей. Лечение таких больных следует проводить поэтапно, как при регулярном ритме менструаций и олигоменорее.

1-й этап — циклическая гормональная терапия или использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (нон-овлон, бисекурин). Лечение начинается с 5-го дня от начала менструальноподобной реакции при положительной прогестероновой пробе и с любого дня — при отрицательной. Схемы назначения препаратов и длительность лечения такие же, как описано в гр. 1.

2-й этап — лечение стимуляторами овуляции — кломифена цитратом или клостильбегитом (кломидом). Препарат назначается с 5-го дня искусственно созданного цикла по 50 мг в сутки после

еды в течение 5 дней с последующим изменением дозы препарата в зависимости от степени стимуляции функции яичников.

В случае отсутствия эффекта от терапии кломифена цитратом или клостильбегитом проводят комбинированное лечение клостильбегитом с хорионическим гонадотропином (ХГ). Если доза клостильбегита 150 мг в сутки не вызвала наступление овуляции, через 4—5 дней после прекращения приема таблеток ХГ вводят в дозе 3000—5000 ЕД трижды через день внутримышечно при максимальных показателях цервикального числа. Максимально проводят не более 3 таких комбинированных циклов лечения.

3. Эндокринное бесплодие при гиперандрогении яичникового и надпочечникового генеза. Лечение дексаметазоном проводят в дозе 0,25—0,125 мг (1/2—1/4 таблетки в сутки) ежедневно в течение 6 мес. Лечение начинают при положительной малой дексаметазоновой пробе. Доза препарата и длительность терапии определяются уровнем 17-кетостероидов в моче, который во время лечения должен сохраняться на нижней границе нормы и определяться один раз в месяц. Во время лечения необходимы постоянное наблюдение, измерение базальной температуры и обследование по тестам функциональной диагностики: восстановление овуляции, усиление эстрогенной насыщенности, удлинение II фазы, наступление беременности.

В случае отсутствия эффекта в течение 6 мес назначают комбинированные эстроген-гестагенные препараты, кломифена цитрат или клостильбегит по описанным выше схемам в сочетании с дексаметазоном.

4. Лечение гиперпролактиновых форм женского бесплодия. Лечение парлоделом (бромэргокриптином) подлежат больные с повышенным уровнем пролактина при регулярном ритме менструаций, олигоменорее и аменорее с явлениями галактореи и без нее, после исключения аденомы гипофиза и патологических состояний половых органов.

Начальную дозу препарата подбирают индивидуально, в зависимости от характера нарушения менструального цикла и исходного уровня пролактина и переносимости парлодела. Лечение начинают с 1/4—1/2 таблетки (в таблетке 2,5 мг). Дозу постепенно увеличивают на 1/2 таблетки каждые 2—3 дня. Парлодел назначают с 1-го дня менструального цикла при наличии менструаций и с любого дня — при аменорее.

В 1-м курсе лечения парлодел принимают 28—30 дней в дозе 2,5—5 мг в сутки во время еды, в одно и то же время. Прием препарата не прекращается в период менструальноподобной реакции, возникающей на фоне лечения. Контроль за эффективностью лечения осуществляют с помощью определения уровня пролактина и тестов функциональной диагностики. Больная должна

быть обследована дважды (!) в каждом цикле лечения на 5—8-й день от начала лечения для определения уровня пролактина и эстрогенной насыщенности и на 23—25-й день цикла для оценки наступления овуляции. Если в цикле лечения базальная температура в течение 16—18 дней выше $37,5^{\circ}\text{C}$, прием парлодела прекращают до подтверждения наличия беременности с помощью определения ХГ в моче.

При отсутствии эффекта после 1 курса лечения (неполноценная лютеиновая фаза, монофазная базальная температура, повышенный уровень пролактина) суточную дозу парлодела увеличивают на 2,5 мг и продолжают лечение в течение 28—30 дней (2-й курс). При дальнейшем отсутствии эффекта от проводимой терапии доза парлодела в каждом последующем курсе увеличивается на 2,5 мг. Однако максимальная доза не должна превышать 10—12,5 мг в сутки, при длительности лечения 6—8 мес.

5. Лечение больных с «маточной» формой аменореи. Пациентки с так называемыми «немыми» циклами, при которых отсутствует отторжение нормального эндометрия, лечению не подлежат. В остальных случаях терапия зависит от причин и степени поражения эндометрия. При установлении диагноза туберкулезного эндометрита проводят специфическое лечение, при синехиях в области цервикального канала — иссечение спаек и разрушение спаек. При наличии синехий в полости матки после предварительной подготовки (введение лидазы и ультразвуковая терапия с локализацией воздействия на нижнюю треть передней брюшной стенки) рекомендуется разрушение спаек под контролем гистероскопии и введение внутриматочной спирали на 2—3 мес с одновременной циклической гормонотерапией. Однако прогноз для восстановления детородной функции при данном виде заболевания неблагоприятен. При тотальной облитерации полости матки лечение бесплодия бесперспективно.

6. Бесплодие при поликистозных яичниках. При данном виде патологии наиболее целесообразно начать лечение (1-й этап) с консервативных методов, которые включают в себя прерывистые курсы комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, кломифена цитрата, клостильбегита, кломида по описанным выше схемам. При сочетании синдрома поликистозных яичников с повышенным уровнем андрогенов возможно лечение дексаметазоном в комбинации с эстроген-гестагенными препаратами типа нон-овлона и бискураина, клостильбегитом (кломидом). Оперативное лечение данного заболевания является 2-м этапом терапии. После операции клиновидной резекции или демедулляции яичников, в случае отсутствия эффекта, возможно проведение гормонального лечения клостильбегитом (кломидом).

7. Лечение иммунологического бесплодия. Для преодоления иммунного барьера цервикальной слизи применяются: кондом-терапия, неспецифическая десенсибилизация, некоторые иммуносупрессоры и инструментальная инсеминация спермой мужа.

БОЛИ ТАЗОВЫЕ У ЖЕНЩИН

Определение: тазовые боли — боли, ощущаемые женщиной в нижней части живота, выше и медиальнее паховых связок, в надлобковой области и/или промежности.

Классификация болей в области таза у женщин по их этиологическому принципу представлена в табл. 5.

Таблица 5

Классификация болей в области таза у женщин

Группы	Привыки
Боли гинекологического происхождения:	
— осложнения беременности равных сроков	Внематочная беременность Самопроизвольный выкидыш, включая индукционный аборт
— инфекция	Разрыв матки Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов
— опухоли	Доброкачественные Цистаденома яичника (разрыв, перекрут ножки опухоли) Лейомиома матки (перекрут ножки узла, его некроз)
— неопухолевые заболевания	Злокачественные Экзофитный рост опухоли, поражение смежных органов и брюшины
— прочие	Эндометриоз Нарушение гемодинамики органов таза Рубцово-спаечный процесс в малом тазу Дефект связочного аппарата (синдром Аллена—Мастерса) Диспареуния Овуляторный синдром Дисменорея
Урологического происхождения	Инфекции мочевыводящих путей Камни мочевыводящих путей
Кишечного происхождения	Дивертикулез Аппендицит Тромбоз брыжеечной артерии Региональный энтерит

Окончание табл. 5

Группы	Причины
Мышечного происхождения	Заворот кишки Кишечная непроходимость Злокачественная опухоль кишечника Гематома прямых мышц живота
Неврогенного характера	Синдром грушевидной мышцы Тазовый плексит Полиганглиорадикулоневрит Остеохондроз

Тазовые боли могут иметь и экстрагенитальное происхождение, возникая в области желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, брюшины, позвоночника. Боли могут быть следствием иррадиации из других областей тела или сами иррадиировать в эти области.

Причины возникновения болей в тазовых органах и их характерные особенности приведены в табл. 6.

Таблица 6

Причины возникновения тронических тазовых болей

И. И. ГАММАНОВСКАЯ

Заболевание	Анамнез	Объективное обследование
Эндометриоз	Дисменорея, диспареуния, бесплодие, длительные менструации	Болезненность органов малого таза; утолщенные крестцово-маточных связок, опухолевидные образования в области придатков, фиксированная ретроверсия матки
Хронические воспалительные заболевания органов малого таза	Острый сальпингит в анамнезе; двусторонние боли внизу живота, меноррагия, дисменорея, диспареуния	Болезненность органов малого таза, болезненные опухолевидные образования в малом тазау
Синдром Аллена—Мастерса	Травмы связочного аппарата матки после родов, аборта, венозный застой в области таза или матки, диспареуния	Некоторое опущение матки, ее увеличение перед месячными, боли в пояснице
Психогенные боли	Диспареуния, часто сопровождающаяся тревогой, депрессией; отсутствие устойчивых положительных результатов после проведения предыдущего курса лечения	Болезненность органов малого таза; пальпаторно патология не выявляется

Окончание табл. 6

Заболывание	Анамнез	Объективное обследование
Заболывания кишечника	Скваткообразные боли в животе, наиболее выраженные в левом нижнем квадранте, не связанные с менструацией, беременностью или половым сношением, кал со слизью	Болезненность в левом нижнем квадранте живота, болезненность при исследовании прямой кишки, прием спазмолитиков уменьшает боли
Дивертикулит	Боли внизу живота слева, запоры и понос с кровью и слизью, пожилой возраст	Болезненность органов малого таза и нижних отделов живота слева, колоноскопия и ирригоскопия могут иметь диагностическое значение
Регионарные энтериты	Боли внизу живота справа, поносы или запоры, кровь в кале; молодой возраст	Внешний вид хронически больной, пальпация живота или исследование органов малого таза могут выявить опухолевидные образования, рентгенологическое исследование кишечника может иметь диагностическое значение
Миалгия	Боли связаны с повышенной физической нагрузкой, послеоперационные боли и др.	Исследование органов малого таза не выявляет патологии; болезненность в области мышц спины
Неврологические боли	Остеохондроз, радикулит	Неврологическая симптоматика

Принципы диагностики. Боль оценивают с точки зрения ее интенсивности, локализации, длительности, времени возникновения и иррадиации. Принципы обследования при тазовом болевом синдроме у женщин представлены в табл. 7.

Таблица 7

Принципы обследования при болевом синдроме в области таза

Вид обследования	Полученные данные
Анамнез	<p>Последняя менструация</p> <p>Количество родов</p> <p>Контрацепция</p> <p>Длительность, локализация и характер болей</p> <p>Особенности половой жизни</p> <p>Кровотечения из влагалища</p> <p>Сопутствующие симптомы со стороны мочевыводящих путей и ЖКТ</p> <p>Признаки беременности</p> <p>Перенесенные заболевания</p>

Окончание табл. 7

Вид обследования	Полученные данные
Физикальное обследование	Осмотр Артериальное давление, пульс, частота дыхания Пальпация, аускультация живота- Влагалищное исследование
Дополнительные диагностические методы: — лабораторные — инструментальные, аппаратные	Гематокрит Лейкоциты Лейкоцитарная формула, ЛИН Концентрация электролитов в плазме Уровень азота мочевины Уровень креатинина СОЭ Проба на С-реактивный белок Анализ мочи Бактериоскопия и посев шеечной слизи Эхография органов таза Пункция заднего свода влагалища Внутривенная урография Ирригоскопия Компьютерная томография Ядерно-магнитный резонанс Лапароскопия

Воспалительные заболевания тазовых половых органов

Сальпингоофорит

Определение: сальпингоофорит — воспаление придатков матки. Относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям половой системы.

Причины:

- восходящая инфекция из нижних отделов гениталий (например, острая гонорея, после родов, абортов);
- обострение хронического аднексита;
- беспорядочная половая жизнь;
- длительное применение ВМС.

При остром сальпингоофорите боль резкая, интенсивная, застаивающаяся нередко больную принятая вынужденное положение с поднятыми к животу коленями на правом или левом боку. Могут быть признаки раздражения брюшины. При подостром и хроническом сальпингоофорите боль менее интенсивная, тупая, ноющая, разлитая в нижних отделах (в гипогастрии), без четкой локализации. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Симптомы:

- болезненность живота при пальпации;
- болезненность в области придатков при смещении шейки матки;
- двусторонняя болезненность при пальпации придатков матки;
- повышение температуры тела до 38,5 °С и выше, озноб;
- лейкоцитоз $10 \cdot 10^9/\text{л}$ и более;
- увеличение ЛИИ $>1,5$ и СОЭ;
- гнойные выделения из половых путей;
- дисменорея;
- бесплодие;
- перитонеальные симптомы (при остром сальпингоофорите).

Диагностика: распознавание сальпингоофорита включает оценку данных анамнеза, физикального обследования, результатов лабораторных и дополнительных методов исследования.

Основные критерии дифференциальной диагностики острого, подострого и хронического сальпингоофорита представлены в табл. 8.

Таблица 8

**Основные клинико-лабораторные критерии
диагностики сальпингоофорита**

Признаки	Сальпингоофорит		
	острый	подострый	хронический
Острые режущие боли в гипогастральной области	+	±	—
Тупые ноющие боли в гипогастральной области	—	±	+
Болезненность при смещении матки	+	+	—
Болезненность при пальпации придатков матки:			
— умеренная	—	+	+
— острая	+	—	+
Пальпация увеличенных придатков или газового абсцесса	+	—	—
Перитонеальные симптомы	+	—	—
Температура тела:			
— нормальная	+	±	+
— до 38° С	—	—	—
— $>38^{\circ}\text{C}$	+++	—	—
Лихорадка, озноб	+++	—	—
Гнойные выделения	+++	—	—
Увеличение СОЭ	+++	+	±
Лейкоцитоз:			
— нормальный	—	±	—
— до $10 \cdot 10^9/\text{л}$	++	±	±
— $>10 \cdot 10^9/\text{л}$	+++	—	—

Окончание табл. 8

Признаки	Сальпингофорит		
	острый	подострый	хронический
ЛИИ:			
от 1 до 1,5	—	±	+
от 1,6 до 4,5	+	+	+
Дисменорея	±	±	±
Бесплодие	+	+	+

Примечание: + признак часто положительный; — признак чаще отсутствует; ± признак непостоянный.

Дополнительные диагностические методы:

А. Лабораторные:

- общий анализ мочи и ее посев (рост микроорганизмов позволяет заподозрить пиелонефрит);
- пробы на беременность;
- пробы на скрытую кровь в испражнениях;
- бактериоскопические и бактериологические исследования.

Б. Инструментальные и аппаратные:

- пункция заднего свода влагалища;
- лапароскопия;
- УЗИ;
- рентгенография;
- пробное лечение.

Дифференциальная диагностика сальпингофорита:

- внематочная беременность;
- перекрут ножки кистаденомы яичника;
- перекрут субсерозного фиброматозного узла на матке;
- острое воспаление тазовой клетчатки;
- острый аппендицит;
- острый пиелонефрит;
- мочекаменная болезнь.

Принципы лечения. Внимание! До постановки окончательного диагноза не рекомендуется принимать анальгетики.

Терапия:

- антибактериальная;
- противовоспалительная;
- десенсибилизирующая;
- иммунокорригирующая;
- инфузионно-трансфузионная;
- симптоматическая.

Хирургическое лечение применяют при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Пиосальпинкс и tuboовариальный абсцесс

Определение: пиосальпинкс — скопление гноя в маточной трубе при сальпингите, обусловленное заращением ампулы и маточной части трубы.

Tuboовариальный абсцесс — полость в области маточной трубы и яичника, содержащая гной и ограниченная от окружающих тканей пиогенной мембраной.

Симптомы: клиника заболевания напоминает таковую, наблюдающуюся у больных с острым сальпингитом, но она более выражена, особенно если наступает разрыв абсцесса или подтекание его содержимого в брюшную полость.

- боли внизу живота или тазовые боли в течение нескольких дней или недель до поступления в стационар;
- генерализованная боль по всему животу при попадании гноя в брюшную полость;
- иррадиация боли в правый верхний квадрант живота, поясницу;
- усиление болевого синдрома при движении;
- вынужденное положение тела (больные обычно неподвижно лежат с согнутыми ногами);
- озноб;
- потеря аппетита;
- общее недомогание, слабость;
- тошнота, рвота, понос;
- гнойные выделения из влагалища;
- лихорадка, температура тела 38,2—40,5 °С;
- выраженная тахикардия;
- понижение артериального давления;
- положительные симптомы раздражения брюшины (особенно при попадании гноя в брюшную полость);
- усиление боли при смещении шейки матки;
- матка нормальных размеров, но часто болезненная;
- пальпируемое опухолевидное образование с одной или обеих сторон от матки болезненное, с нечеткими контурами, мягкоэластической консистенции.

Нередко абсцессы трудно диагностировать даже при бимануальном исследовании из-за выраженной болезненности в области внутренних гениталий и ригидности мышц передней брюшной стенки.

Диагностика пиосальпинкса или tuboовариального абсцесса основана, главным образом, на данных анамнеза и объективного обследования, подкрепленных результатами УЗИ и лабораторных исследований, из которых наиболее характерен лейкоцитоз с явным сдвигом в сторону полиморфноядерных клеток, увеличение

ЛИИ до 10, СОЭ до 30 мм/ч. Иногда наблюдается умеренно выраженная анемия.

Дифференциальная диагностика:

- маточная или внематочная беременность;
- перекрут ножки кистаденомы яичника или субсерозного миоматозного узла матки;
- аппендикулярный инфильтрат.

Принципы лечения:

Внимание! Точная диагностика и исключение разрыва стенки абсцесса чрезвычайно важны для выбора надлежащего лечения. На начальных этапах проводится консервативное лечение:

- постельный режим;
- коррекция нарушений водного и электролитного баланса;
- седативные препараты;
- антибиотики;
- обязательное удаление ВМС при ее наличии.

При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии и ухудшении общего состояния больной необходимо решить вопрос о хирургическом лечении. Показаниями к оперативному лечению являются:

- 1) отсутствие эффекта от медикаментозного лечения;
- 2) разрыв абсцесса;
- 3) развитие инфекционно-токсического шока;
- 4) септический тазовый тромбоз.

При операциях по поводу tuboовариальных абсцессов или пио-сальпингсов основной решаемый хирургом вопрос — об объеме оперативного вмешательства. При его выборе следует учитывать анамнез больной и ее желание сохранить фертильность или менструальную функцию. Удаление всех тканей, вовлеченных в патологический процесс, необходимо. Если больная не выражает желания сохранить фертильность, то показана гистерэктомия. Это позволяет лучше произвести перитонизацию и избежать в будущем развития выраженного спаечного процесса. Классической операцией, производимой по поводу вскрывшегося абсцесса, является тотальная абдоминальная гистерэктомия и билатеральная сальпингофорэктомия с дренированием малого таза.

Врачу всегда необходимо помнить, что не существует единого правила, подход к лечению больной всегда должен быть индивидуальным, соотносясь с ее желаниями и клиническими данными.

Пельвиоперитонит

Определение: воспаление висцеральной брюшины органов и париетальной брюшины малого таза. Воспаление брюшины малого таза — всегда вторичный воспалительный процесс, развивающийся как осложнение воспаления матки, её придатков и др.

Причины:

- прогрессирующее восходящее инфицирование;
- сальпингоофорит;
- эндометрит;
- послеоперационное воспаление брюшины малого таза;
- применение ВМС.

Симптомы:

- ведущий симптом* — резкие боли в нижних отделах живота;
- острое начало заболевания;
 - повышение температуры тела до 38—39,5 °С;
 - тахикардия;
 - признаки общей интоксикации;
 - тошнота, рвота;
 - боли при мочеиспускании, дефекации;
 - перитонеальные симптомы положительными;
 - лейкоцитоз, увеличение ЛПН до 5 — 8.

Диагностика основывается на характерных проявлениях заболевания, данных клинико-лабораторных исследований.

Дополнительные методы диагностики:

- пункция заднего свода влагалища;
- лапароскопия;
- УЗИ органов малого таза;
- бактериологическое исследование перитонеальной жидкости.

Принципы лечения: тактика активно выжидательная в течение не более 4 ч. При положительной динамике болезни продолжают консервативную терапию:

- инфузионно-трансфузионная;
- дезинтоксикационная;
- антибактериальная (внутривенно);
- противовоспалительная;
- десенсибилизирующая;
- антиагрегантная;
- иммунокорригирующая;
- симптоматическая.

При отсутствии эффекта на фоне проводимой терапии или ухудшении состояния больной, появлении признаков разлитого перитонита — срочное хирургическое вмешательство.

Острый перитонит

Определение: в хирургической и гинекологической практике под термином «перитонит» понимают острое воспаление брюшины.

Причины:

- расплавление стенки пилосальпинкса, пиовара, tuboовариального абсцесса;
- инфицирование брюшной полости во время гинекологических операций;
- криминальные аборты, в том числе осложненные перфорацией стенки матки;
- некроз опухоли яичника вследствие перекрута ее ножки или разрыв капсулы опухоли;
- распадающиеся злокачественные опухоли матки и ее придатков;
- хирургические заболевания брюшной полости.

Симптомы:

- тяжелое общее состояние;
- синдром общей интоксикации.

Реактивная фаза:

- эйфория, возбужденность;
- вялая перистальтика, умеренный парез кишечника;
- повышение температуры тела;
- тахикардия;
- умеренный лейкоцитоз, увеличение ЛИИ до 10.

Токсическая фаза:

- нарастающая интоксикация;
- вялость, апатия, периодически бред, спутанность сознания;
- бледность или серый оттенок кожных покровов;
- тошнота, рвота, икота;
- гипо- и диспротеинемия;
- перистальтика кишечника отсутствует;
- вздутие живота;
- нарастает лейкоцитоз, ЛИИ — 15—25;
- гемоглобинемия, токсическая зернистость нейтрофилов.

Терминальная фаза:

- симптомы поражения ЦНС;
- резкая заторможенность, адинамия;
- бессознательное состояние;
- синдром полиорганных расстройств;
- пульс аритмичный;

- выраженная одышка;
- снижение артериального давления;
- увеличение ЛИИ до 25.

Клиника перитонита у гинекологических больных имеет определенные отличия от подобного заболевания у пациенток с хирургической патологией. Прежде всего следует иметь в виду возможное отсутствие ярких проявлений перитонита, как общих, так и локальных.

К местным проявлениям перитонита относятся симптомы:

- боль в животе;
- ригидность мышц передней брюшной стенки;
- положительные симптомы раздражения брюшины;
- парез кишечника;

Из общих симптомов перитонита наиболее характерны следующие:

- высокая лихорадка;
- поверхностное учащенное дыхание;
- рвота;
- беспокойное поведение или эйфория;
- тахикардия;
- холодный пот.

Диагностика: основана на оценке данных анамнеза, физикальных, лабораторных и данных инструментальных исследований.

Принципы лечения.

Лечение проводится в 3 этапа: предоперационная подготовка, хирургическое вмешательство, интенсивная послеоперационная терапия.

Предоперационная терапия занимает 1,5—2 ч. За это время необходимо провести:

- декомпрессию желудка с помощью назогастрального зонда;
- катетеризацию подключичной вены и начать инфузионно-трансфузионную терапию;
- начать внутривенную антибактериальную терапию.

Оперативное лечение преследует бережную ревизию органов брюшной полости, максимально полную ликвидацию источника инфицирования, адекватное промывание и дренирование брюшной полости через несколько дополнительных разрезов, включая кольпотомию. Во время операции в брыжейку тонкой кишки вводят 150—200 мл 0,25% раствора новокаина. С целью разгрузки кишечника на максимально возможную длину трансназально устанавливают силиконовый зонд типа Миллера—Эббота.

В послеоперационном периоде продолжается санация брюшной полости путем фракционной перфузии изоосмолярными растворами с добавлением антибактериальных препаратов. Диализ осу-

ществляется в течение 3 дней 4—6 раз в сутки по 1,5—2,0 л. Проводимая после операции терапия преследует следующие цели:

- ликвидация гиповолемии путем введения коллоидных растворов и белковых препаратов;
- восполнение потери микроэлементов, главным образом калия, натрия и хлоридов;
- коррекция ацидоза;
- обеспечение энергетических потребностей организма;
- антиферментная и антикоагулянтная терапия путем сочетанного введения гепарина и контрикала;
- обеспечение форсированного диуреза;
- воздействие на возбудителей инфекции с помощью антибактериальных препаратов, перекрывающих анаэробный и аэробный спектр микроорганизмов;
- профилактика и лечение функциональной недостаточности сердечно-сосудистой системы;
- поддержание функции почек и печени;
- предупреждение и ликвидация гиповитаминоза, дисбактериоза.

Параметрит

Определение: воспаление околоматочной клетчатки.

Причины: распространение инфекционного процесса на околоматочную клетчатку чаще всего происходит гематогенным или лимфогенным способами. Возбудителями заболевания чаще всего являются бактероиды, пептострептококки, пептококки, *E.coli*, стафилококки и др.

- искусственный аборт;
- диагностическое выскабливание стенок полости матки;
- операции на шейке матки;
- введение ВМС, осложненное травматизацией стенок матки;
- удаление интралигаментарно расположенной опухоли и др.

Симптомы:

ведущий симптом — постоянные боли внизу живота с иррадиацией в крестец и поясницу;

- повышение температуры тела до 38—39 °С;
- учащение пульса;
- головные боли;
- жажда, сухость во рту;
- выраженная болезненность матки при влагалищном исследовании;
- положительные симптомы Промптова, Болта;

- притупление перкуторного тона над верхней передней подвздошной остью на стороне поражения;
- плотные, инфильтрированные, отечные ткани вокруг матки;
- отклонение матки в здоровую сторону;
- вынужденное положение больной (на стороне поражения нога согнута в тазобедренном суставе);
- повышение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение ЛИИ до 4—5,5;
- нарушение функции смежных органов (при вовлечении в воспалительный процесс мочевого пузыря, прямой кишки).

Диагностика. Основывается на данных анамнеза (предшествующие выкидыши, роды, внутриматочные вмешательства, гинекологические операции) и ректовагинального исследования. Чаще всего параметрит приходится дифференцировать от экссудативного пельвиоперитонита (табл. 9).

Таблица 9

Дифференциально-диагностические признаки пельвиоперитонита и параметрита (по Л. И. Бубличенко)

Признаки	Пельвиоперитонит	Параметрит
Свойства экссудата		
Расположение	Высокое у тела матки	Низкое у шейки матки
Границы	Определенные снизу и с боков, неясные сверху	Наоборот
Отношение к костям таза	Не достигает	Непосредственно переходит на кости таза, прилегает к ним
Отношение к сводам влагалища	Слизистая оболочка свода свободно смещается	Подвижность ограничена
Консистенция	Уплотняется медленно	Быстро затвердевает
Клинические признаки		
Болезненность	Значительная	Небольшая
Признаки раздражения брюшины (метеоризм, тошнота, рвота)	Имеются	Отсутствуют
Пульс	Учащен	Соответствует температуре
Температура	Умеренная, непостоянная	постоянного типа

Дополнительные методы диагностики:

- УЗИ органов малого таза,
- бактериологическое исследование.

Принципы лечения: как при пельвиоперитоните.

При отсутствии клинического эффекта от проводимой терапии и в случаях распространения инфекционного процесса на клетчатку малого таза с развитием пельвиоцеллюлита показано пунктирование очага инфекции. При получении гноя вскрытие и дренирование гнойника.

Эндомиометрит

Определение: воспаление слизистой оболочки и мышечной стенки матки.

Симптомы:

- ведущий симптом* — боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, крестец, промежность, паховую область.
- повышение температуры тела до 37—38,5 °С;
- слизисто-гнойные выделения из матки, часто с неприятным запахом (анаэробная инфекция);
- субинволюция матки после родов или аборта;
- мягкая консистенция матки и ее болезненность при пальпации;
- умеренное повышение СОЭ, ЛИИ (до 1,5—3,0).

Диагностика обычно не представляет затруднений. Дополнительную информацию можно получить из УЗИ органов малого таза, гистероскопии. Обязательным является проведение бактериологических исследований выделений из полости матки.

Принципы лечения. При остром эндомиометрите назначают:

- постельный режим;
- холод на низ живота;
- инфузионно-трансфузионную терапию;
- аспирационно-промывное дренирование полости матки дезинфицирующими растворами;
- антибактериальное лечение;
- противовоспалительное;
- десенсибилизирующее;
- транквилизаторы;
- общеукрепляющие средства;
- утеротонические препараты;
- витамины;
- физиобальнеотерапия в стадии ремиссии заболевания.

Инфекционно-токсический шок

Определение: инфекционно-токсический шок — это остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обус-

ловленный действием на организм бактериальных токсинов (эндотоксинов), продуктов тканевого распада и характеризующийся тяжелыми нарушениями деятельности ЦНС, кровообращения, дыхания и обмена веществ.

Симптомы: клиническая картина инфекционно-токсического шока характеризуется сочетанием симптоматики острой сосудистой недостаточности и генерализованного инфекционного процесса.

Ранними и наиболее постоянными признаками являются:

- болевой синдром, характерный для основного заболевания (сальпингит, эндометрит, пельвиоперитонит и др.);
- озноб;
- повышение температуры тела до $40,5^{\circ}\text{C}$;
- повышенное потоотделение.

В случаях более позднего развития шока:

- гектический или ремиттирующий тип температурной реакции;
- повторные потрясающие ознобы;
- усиление головной боли;
- спутанность сознания;
- рвота;
- судороги;
- гиперестезия;
- двигательное возбуждение;
- гиперемия лица и верхней половины туловища;
- патологическое поверхностное дыхание (по типу Чейна—Стокса или Куссмауля);
- тахикардия до 110—120 уд. в 1 мин.

При прогрессировании инфекционно-токсического шока:

- коматозное состояние;
- бледность кожных покровов, акроцианоз, мраморная окраска;
- снижение температуры тела вплоть до субнормальных цифр;
- тахикардия до 160 уд. в 1 мин, слабое наполнение пульса;
- гипотония;
- петехиальные высыпания на коже и слизистых оболочках;
- желудочно-кишечные кровотечения;
- резкое угнетение функций жизненно важных органов (сердце, легкие, печень, почки);
- олигурия, анурия, ОПН.

Диагностика инфекционно-токсического шока основывается на характерных клинико-лабораторных изменениях. В акушерско-ги-

некологической практике диагностика шока нередко представляет трудности.

Обязательно почасовое измерение диуреза!

При лабораторных исследованиях определяются:

- гипоксемия;
- метаболический ацидоз;
- увеличение в крови лактата;
- азотемия;
- гипонатриемия;
- гипоальбуминемия;
- признаки диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Дополнительные исследования:

- бактериологическая экспресс-диагностика;
- рентгенография легких — определяются пониженная прозрачность легочной ткани и наличие мозаичных теней.

Диагностика шока на догоспитальном этапе сводится к ориентировочной оценке характера и тяжести поражений, общего состояния больной и степени нарушений функций важнейших систем организма, по величине АД, частоте пульса, характеру и частоте дыхания, реакции зрачков и периферических рефлексов. Большое значение в оценке и характеристике шока принадлежит его делению по степени тяжести. В настоящее время наиболее принятой является трехстепенная классификация Кита применительно к торпидной фазе (исключая терминальные состояния). По этой классификации различают шок I степени (легкий), когда общее состояние больной не внушает опасений за ее жизнь. Сознание сохранено, но больная малоконтактна. Кожа и слизистые оболочки бледные. Температура тела несколько понижена. Зрачки реагируют на свет. Пульс ритмичен, несколько учащен. Систолическое АД 100—90 мм рт. ст., диастолическое около 60 мм рт. ст. Дыхание учащено, рефлексy ослаблены.

При шоке II степени (средней тяжести) сознание сохранено, но затуманено. Кожа холодная, лицо бледное, взгляд неподвижен, зрачки слабо реагируют на свет. Пульс частый, слабо наполнения. Систолическое давление 85—75 мм рт. ст., диастолическое — около 50 мм рт. ст. Дыхание учащенное, ослабленное. Рефлексы заторможены.

При III степени (тяжелом) сознание спутано. Кожа бледная или сянюшная, покрыта липким потом. Зрачки не реагируют на свет. Пульс частый, нитевидный. Систолическое АД 70 мм рт. ст. и ниже, диастолическое — около 30 мм рт. ст. Дыхание ослаблено или периодическое.

Другим принципом определения степени тяжести шока является шоковый индекс, предложенный Альегвером, под которым

понимают отношение частоты пульса к величине систолического АД. В норме шоковый индекс равен 0,5 — 0,6; при шоке I степени — около 0,8; при шоке II степени — 0,9 — 1,2; при шоке III степени — 1,3 и более.

Принципы лечения. Лечение инфекционно-токсического шока комплексное, направленное как на этиологические факторы, так и на патогенетические звенья процесса:

- хирургическое вмешательство с целью удаления очага инфекции;
- инфузионно-трансфузионная терапия (внутривенное введение коллоидных и кристаллоидных растворов, белковых препаратов, крови и ее компонентов) с целью восстановления гемодинамики и реологических свойств крови;
- антибактериальная терапия, воздействующая на предполагаемых или известных возбудителей;
- кортикостероиды;
- ингибиторы протеаз;
- симпатомиметики (допамин, изопротеренол);
- иммуномодуляторы;
- по показаниям ИВЛ;
- при развитии ДВС-синдрома — антикоагулянты;
- при развитии СДН — экстракорпоральный диализ, гемодиализ.

Профилактика инфекционно-токсического шока заключается в ранней диагностике, своевременной и адекватной интенсивной терапии при тяжелом течении гнойно-воспалительных заболеваний женских половых органов.

Острый бартолинит. Абсцесс большой железы преддверия влагалища

Определение: воспаление большой железы преддверия влагалища; гнойная полость с пиогенной капсулой в области большой железы преддверия влагалища.

Причины: этиология острого бартолинита всегда инфекционная. Чаще всего возбудители инфекции (строгие анаэробы) попадают в большую железу преддверия из влагалища или уретры при вагините или уретрите.

Симптомы:

- острая, пульсирующая боль в области наружных половых органов на стороне воспаления, усиливающаяся при сидении и ходьбе;
- ухудшение общего состояния;
- общая слабость;

- повышение температуры тела до 38,5 °С и выше;
- диспареуния;
- гиперемия и отек в области пораженной бартолиновой железы;
- серповидная половая щель при одностороннем поражении;
- пальпация железы резко болезненная, определяется флюктуация.

В редких случаях образуется истинный абсцесс большой железы преддверия влагалища, характеризующийся гнойным расплавлением железы и окружающих тканей. Это сопровождается усилением местных воспалительных явлений, более высокой температурой тела и усилением болей в области пораженной железы.

Диагноз основывается на характерной клинической картине, данных осмотра и пальпации железы, бактериологического исследования ее содержимого.

Дифференциальный диагноз проводят чаще с инфильтрацией гноем ткани большой половой губы при поражении паравагинальной и параректальной клетчатки. В этих случаях при влагалищном или ректальном исследовании обнаруживают инфильтрат стенки влагалища или прямой кишки. Реже заболевание дифференцируют от натеки при туберкулезе лобковых костей.

Принципы лечения. При остром бартолините больную госпитализируют и назначают:

- постельный режим;
- холод на область пораженной железы;
- анальгетики;
- антибиотики, сульфаниламиды;
- антигистаминные препараты;
- транквилизаторы;
- вскрытие полости истинного или ложного абсцесса с последующим дренированием.

Новообразования

Цистаденома яичника

Цистаденомы яичника могут быть доброкачественными и злокачественными. В случаях перекрута ножки или разрыва цистаденомы с попаданием ее содержимого в брюшную полость возникает острая симптоматика. Перекрут ножки может быть полным или частичным. При полном перекруте резко нарушаются

кровообращение, иннервация и питание опухоли, появляется кровоизлияние и наступает некроз. Клинически это проявляется картиной острого живота.

Перекрут ножки цистаденомы яичника

Причины:

- резкие движения тела;
- перемена положения тела;
- физические нагрузки;
- смещение цистаденомы беременной маткой;
- переедание.

Симптомы перекрута ножки цистаденомы яичника:

- внезапная интенсивная коликообразная боль в нижних отделах живота;
- напряжение передней брюшной стенки;
- положительные перитонеальные симптомы;
- тошнота, рвота;
- небольшое повышение температуры тела;
- парез кишечника, задержка стула.

Диагностика:

- бледность кожных покровов;
- холодный пот;
- тахикардия;
- снижение артериального давления;
- пальпация болезненной опухоли;
- лейкоцитоз;
- УЗИ органов малого таза;
- лапароскопия;

Дифференциальная диагностика:

- перекрут субсерозного миоматозного узла;
- апоплексия яичника;
- нарушенная эктопическая беременность;
- овуляторный синдром;
- острый аппендицит.

Принципы лечения: неотложное хирургическое вмешательство.

Разрыв капсулы цистаденомы яичника

Причины:

- дегенерация в стенке опухоли;
- травма;
- грубое исследование.

Симптомы:

- острая боль;
- шок;
- внутрибрюшное кровотечение;

- ощущение излившейся в брюшную полость жидкости;
- повышение температуры тела.

Диагностика:

- отсутствие опухоли, ранее определявшейся;
- при разрыве опухоли во время исследования опухоль перестает определяться;
- аналогичные изменения по данным УЗИ одновременно с определением свободной жидкости в дугласовом пространстве;
- лапароцентез или пункция заднего свода влагалища (получение достаточного количества жидкости или крови, гемоперитонеум);
- лапароскопия.

Дифференциальная диагностика:

- перекрут цистаденомы яичника;
- перекрут субсерозного миоматозного узла;
- эктопическая беременность;
- апоплексия яичника;
- внутрибрюшное кровотечение негинекологической этиологии.

Принципы лечения: тактика выжидательная. При ухудшении общего состояния и объективных показателей — хирургическое. При исчезновении симптомов в течение нескольких часов (3—6 ч) — консервативная терапия:

- симптоматическая;
- десенсибилизирующая;
- противовоспалительная.

Апоплексия яичника

Определение: апоплексия яичника — разрыв яичника. Чаще происходит во II фазу менструального цикла. Синоним — разрыв желтого тела.

Различают анемическую, болевую и смешанную формы.

Причины:

- овуляция;
- выраженная васкуляризация желтого тела;
- предменструальная гиперемия яичника;
- перенесенные воспалительные процессы;
- склеротические изменения сосудов и тканей яичника;
- застойная гиперемия и варикозное расширение вен;
- эндокринные нарушения (расстройства);
- болезни крови с нарушением ее свертывания;

- длительный прием антикоагулянтов;
- травма;
- физическое напряжение;
- половой акт.

Симптомы:

- острая боль внизу живота;
- тошнота, рвота;
- температура тела нормальная;
- незначительное напряжение мышц в подвздошных областях;
- умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины на стороне поражения;
- может наблюдаться френикус-симптом.

Внимание! При выраженном внутрибрюшном кровотечении болевой синдром сопровождается следующими признаками:

- общая слабость;
- головокружение;
- холодный пот;
- обморочное состояние;
- бледность кожных покровов и слизистых оболочек;
- тахикардия;
- гипотония (в зависимости от величины кровопотери);

Диагностика:

- болезненность при пальпации нижних отделов живота;
- перкуторное определение свободной жидкости;
- увеличенный болезненный яичник;
- нависание заднего и/или бокового свода влагалища (при значительном кровотечении);
- признаки анемии в гемограмме (снижение Hb, Ht, уменьшение количества эритроцитов);
- УЗИ органов малого таза;
- лапароцентез («шарящий катетер»); кульдоцентез;
- лапароскопия.

Дифференциальная диагностика:

- внематочная беременность;
- разрыв капсулы цистаденомы яичника;
- острый аппендицит.

Принципы лечения: лечение апоплексии яичника зависит от степени внутреннего кровотечения.

- *консервативная* при болевой форме (этамзилат, дицинон по 2 мл 12,5% раствора 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно);
- 0,025% раствор адроксона по 1 мл в сутки подкожно или внутримышечно;
- витамины;

— 10% раствор кальция хлорида по 10 мл внутривенно.

NB! При заболеваниях крови с дефектами гемостаза предпочтительно лечить *консервативно* после консультации гематолога (кортикостероиды, иммунодепрессанты, инфузия криопреципитата, антигемофильной плазмы).

NB! Анемическая форма заболевания требует *хирургического* лечения.

Принципы дифференциальной диагностики гинекологических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, наиболее часто встречающихся в практике врача-гинеколога, представлены в табл. 10.

Дисменорея

Определение: боли в области малого таза во время менструации. Термин «дисменорея» происходит от греческих слов, означающих затруднение истечения менструальной крови.

Причины (связаны с повышенной продукцией простагландинов):

- аденомиоз;
- генитальный эндометриоз;
- воспалительные заболевания органов малого таза;
- лейомиома матки;
- внутриматочная контрацепция.

Симптомы:

- боли в области малого таза;
- диарея;
- головная боль;
- тошнота и рвота;
- общее недомогание;
- снижение работоспособности.

Диагностика:

- анамнез;
- объективное обследование (обнаружение эндометриоза, миомы матки, сальпингита);
- лечение и его эффективность (*diagnosis ex juvantibus*);
- лапароскопия;
- гистероскопия;
- диагностическое выскабливание стенок полости матки.

Принципы лечения:

1. Подавление синтеза простагландинов (ингибиторы синтеза ПГ):

- ибупрофен;
- индометацин;
- мефенамовая кислота;
- напроксин.

Дифференциальная диагностика

Диагностические мероприятия	Н О З О		
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит
Анамнез, жалобы	Аменорея 6—8 нед, субъективные признаки беременности, мажущие кровянистые выделения из половых путей	Аменорея различной длительности, признаки беременности. Кровотечения из половых путей различной интенсивности, часто со сгустками	Подострое начало, нарастающие боли, часто после внутриматочных вмешательств, при менструации
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная, иногда $>39^{\circ}\text{C}$
Данные наружной пальпации живота	Признаки острого живота, особенно при разрыве трубы	Возможны незначительные боли в нижней части живота. Отсутствие признаков раздражения брюшины	Чаще двусторонние боли, усиливающиеся при глубокой пальпации
Вагинальное и ректальное исследование	Матка меньше предполагаемого срока беременности. Сбоку от матки вытянутое образование. В случае разрыва трубы — резкая болезненность при смещении матки и/или в заднем своде	Матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, имеет шаровидную форму	Матка не изменена, определяются резко болезненные придатки, часто с обеих сторон

Таблица 10

острых гинекологических заболеваний

ЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ				
Апоплексия яичника		Перекут ножки цистаденомы или фиброматозного узла	Острый власенцицит	МКБ
Анамнестическая форма	Болевая форма			
Обмороки, слабость, го- ловокружение, позывы на де- фекацию	Острые боли внизу живота, тошнота, рво- та	Внезапные бо- ли в нижней части живота (в анамнезе — цистаденома или субсероз- ная миома матки).	Постепенно начинающиеся боли в правой подвздошной области	Острые боли в пояснице, вни- зу живота с иррадиацией в половые орга- ны
Нормальная или субфеб- рильная	Нормальная или субфеб- рильная	Субфебриль- ная	Ректальная температура нормальная	Нормальная или субфеб- рильная
Вздутие и умеренная бо- лезненность	Признаки ост- рого живота	Прогресси- рующие боли и напряжение передней брюшной стенки, часто обнаружива- ется опухоль внизу живота	Выраженное напряжение мышц и рез- кая болезнен- ность в правой подвздошной области	Односторон- ные боли при давлении, ир- радиирующие в наружные половые орга- ны
Матка нор- мальных раз- меров. Паль- пация придатков резко болез- ненна.	Исследование затруднено ввиду резкой болевого реак- ции на смеще- ние шейки матки	Резко болез- ненное сбоку от матки или в заднем своде	Боли при рек- тальном исс- ледовании, внутренние половые орга- ны безболез- ненные	Изменений в половых орга- нах не выяв- ляется

Диагностические мероприятия	НОЗО		
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит
Исследование гемоглобина, гематокрита	Снижены или быстро снижаются в динамике	Степень малокровия соответствует количеству крови, излившейся наружу	В норме
Тесты на беременность	Положительные или сомнительные	Положительные	Отрицательные
Лейкоцитарная формула	В норме или незначительный лейкоцитоз	В норме	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение ЛИИ > 4
Ультразвуковое исследование	Не всегда убедительно. Определяется свободная жидкость в брюшной полости (кровь)	Наличие плодного яйца в полости матки или его остатков	Увеличенные придатки. В просвете трубы иногда гной
Пункция заднего свода влагалища	Кровь со сгустками		Гной или серозная жидкость
Диагностическое выскабливание стенок полости матки	Децидуальная ткань без элементов хориона	Остатки плодного яйца	Неизменный эндометрий

Окончание табл. 10

ЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ				
Апоплексия яичника		Перекрут ножки цистаденомы или фибромазного узла	Острый аппендицит	МКБ
Анемическая форма	Болезнь формы			
Степень анемизации соответ- ствует количеству крови, излив- шейся в брюшную полость		В норме	В норме	В норме
Отрицательные		Отрицатель- ные	Отрицатель- ные	Отрицатель- ные
В норме		Вначале в нор- ме, в динамике лейкоцитоз	Выраженный лейкоцитоз со сдвигом форм- ул влево	В норме
Наличие свободной жидкости брюшной полости		Опухоль сбоку от матки	—	—
Кровь со сгу- стками	Кровь или се- розно-геморра- гическая жид- кость	Незначитель- ное количество серозной жид- кости	—	—
—	—	Неизмененный эндометрий	Неизмененный эндометрий	—

2. Миорелаксанты (в тяжелых случаях).
3. Агонисты β -2-адренорецепторов (тербуталин).
4. Нестероидные противовоспалительные анальгетики (анальгин, аспирин и др.).
5. Спазмолитики (но-шпа, баралгин).
6. Витамины (амфетамин, ЮНИКАП).
7. Транквилизаторы.
8. Оральные контрацептивы, прогестины.

Лечение должно быть выбрано индивидуально для каждой больной. Например, больной, жалующейся на менструальные боли, меноррагию и желающей предохраняться от наступления беременности, следует назначить оральные противозачаточные средства. Подросткам с регулярным менструальным циклом, не живущим половой жизнью, лучше назначить один из анальгетиков. Длительность приема препаратов зависит от выраженности клинических признаков. Оральные контрацептивы рекомендуется применять длительно циклами по 3—6—9 мес; анальгетики лучше назначать за 3—5 дней до наступления менструации и принимать их во время менструации и спустя 3—5 дней после нее.

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЗУД ВУЛЬВЫ

Определение: зуд (*лат.* pruritus) — ощущение, вызывающее нестерпимое желание почесывать определенные участки кожи или слизистых оболочек; представляет собой видоизмененное болевое ощущение.

Зуд вульвы — местный зуд в области наружных половых органов, реже во влагалище.

Крауроз (от греческого слова *kratos* — хрупкий, ломкий, сухой) — болезнь, характеризующаяся атрофией слизистой оболочки влагалища, малых половых губ и клитора; наблюдается в период менопаузы в связи со снижением выработки половых гормонов. Объективно крауроз проявляется состоянием сухости зоны кожно-слизистого перехода вульвы и сопровождается сморщиванием кожи наружных половых органов.

Лейкоплакия (от греческих слов: *leukos* — белый и *plax* — пластинка). Это дистрофическое изменение слизистой оболочки, сопровождающееся той или иной степени ороговением эпителия; относится к предраку. Клиническим проявлением является образование на слизистой оболочке белой утолщенной бляшки, которая иногда может растрескиваться.

Лейкоррея (от греческих слов *leukos* — белый и *rhoia* — истечение). Лейкоррея дословно означает «белые выделения» (обычно из влагалища).

Эти клинические термины используют для описания симптомов или признаков патологических состояний вульвы, но они не определяют специфической патологической сущности заболеваний. Например, лейкоплакия может быть проявлением нескольких заболеваний, включая рак *in situ*, гиперкератоз, инвазивный рак, последствия облучения, авитаминоз и др. Зуд также может быть проявлением вульвитов, вагинитов, злокачественных опухолей, дерматитов или обуславливаться идиопатическими причинами.

Причины:

- возрастные изменения (уменьшение выработки эстрогенов);
- нарушения личной гигиены;
- инфекционные заболевания наружных и внутренних половых органов (включая вирусные инфекции вульвы);
- лобковый педикулез;
- злокачественные новообразования вульвы и влагалища;
- кожные заболевания (пиодермия, фолликулит, фурункулез и др. в области наружных половых органов);
- сахарный диабет;
- пострадиационные состояния;
- альбинизм;
- витилиго;
- лейкодерма;
- авитаминоз А;
- гемангиома, невус.

Симптомы: *ведущий симптом* — зуд вульвы,

Сопутствующие симптомы:

- боли,
- жжение,
- дизурические расстройства,
- диспареуния,
- бели,
- отек вульвы,
- кровотечение.

Диагностика: основана на анализе анамнестических данных, результатов клинического, инструментального и лабораторного исследований (схема 4).

Выполняются:

- цитологические исследования мазков;
- бактериоскопия мазков;
- культуральные микробиологические исследования;
- серологические тесты;
- кольпоскопия;
- биопсия.

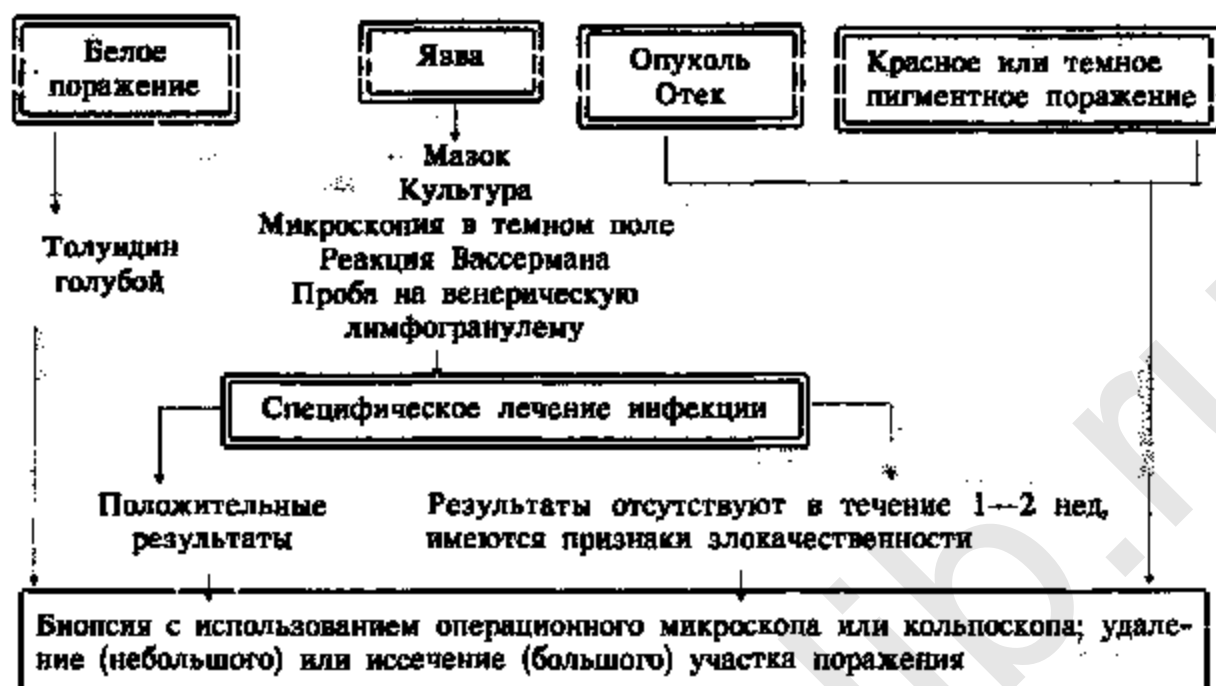


Схема 4. Диагностика заболеваний вульвы.

Принципы лечения:

Характер лечения и ведения больных, страдающих заболеваниями вульвы, зависит от этиологии и степени распространенности поражений (схема 5).

При воспалительных заболеваниях используют местное или общее применение:

- антибактериальных средств (метронидазол, хлорамфеникол, тетрациклин, эритромицин, клиндамицин, леворин и др.);
- нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин, индометацин, ибупрофен и др.);
- антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, пипольфен);
- антисептиков (молочная кислота, борная кислота, раствор фурацилина, 3% раствор перекиси водорода и др.);
- местноанестезирующих препаратов (анестезин, новокаин, лидокаин, дикаин) в растворах или мазях;
- физиотерапевтических процедур (УФО, лазеротерапия и др.);
- сидячих ванночек, влагалищных душей или спринцеваний с отварами ромашки, чистотела, коры дуба и др.;
- иммунокорректоров (тималин, тимоген, тактивин, левamisол и др.);
- препаратов общеукрепляющего действия;
- в случаях осложнений — хирургическое лечение.

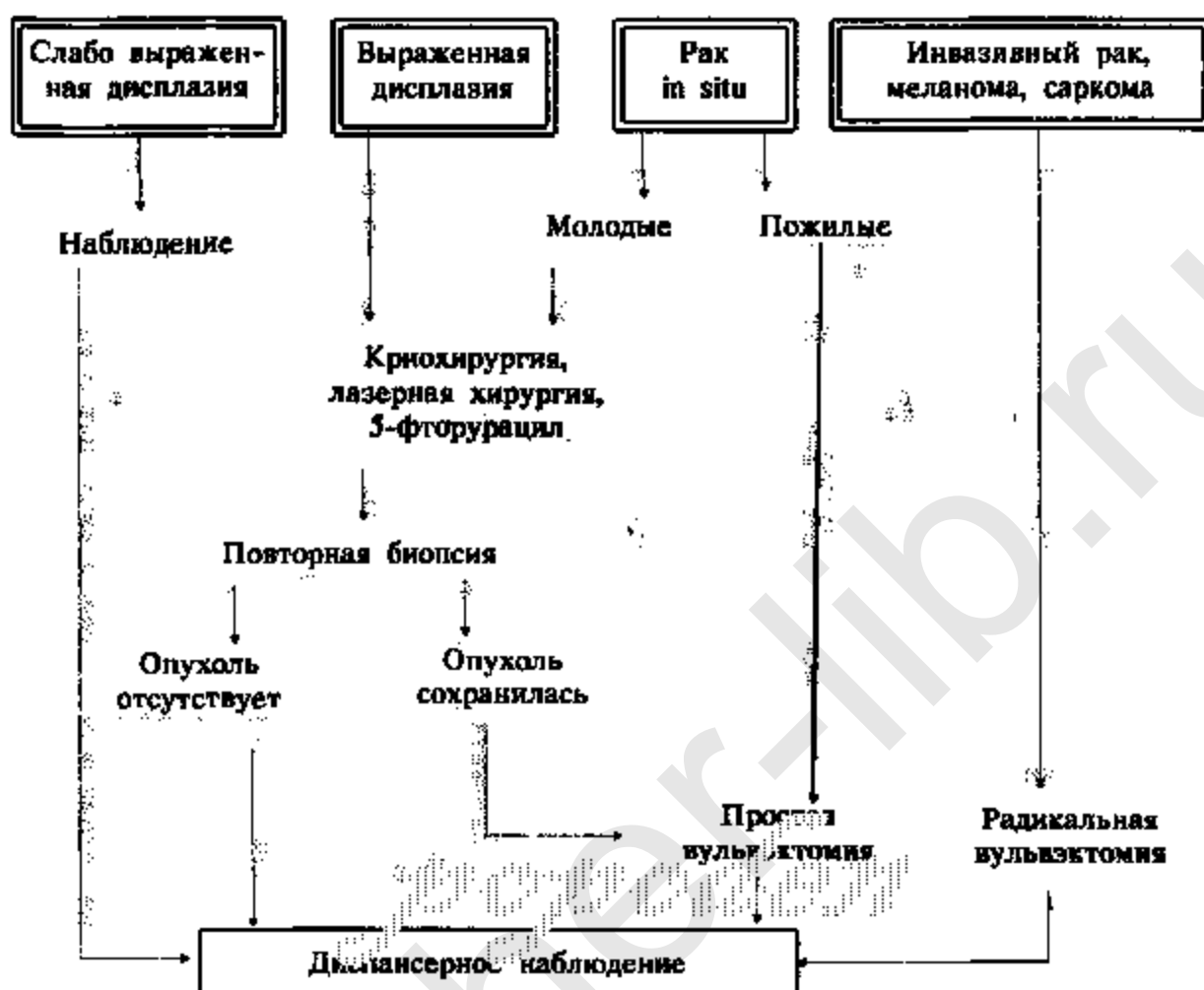


Схема 5. Ведение больных с дисплазией и злокачественными новообразованиями вульвы.

Дистрофические процессы в области вульвы требуют применения гормонов, прежде всего стероидов (преднизолон, дексаметазон, флуцинари и др.).

Доброкачественные или *злокачественные опухоли* лечатся хирургически. При необходимости проводят лучевую или химиотерапию. В зависимости от степени поражения могут использоваться лазерная хирургия, криохирurgia, электрокаутеризация, иммунокорректирующая терапия.

Изъязвляющиеся или *мокнущие поражения* следует лечить с помощью подсушивающих составов. Препараты местного применения, исключая гормоны и антибиотики, должны способствовать уменьшению выраженности симптоматики изъязвлений и других поражений. Если поражения не изъязвляются или относительно сухие, можно применять мази и кремы.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Среди причин смерти больных в акушерско-гинекологической практике одно из первых мест занимает кровотечение из половых путей. Примерно у 25% больных они возникают в результате органических поражений половых органов, в остальных случаях они обусловлены нарушениями функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Кровотечение может быть из матки и ее придатков, из поврежденного влагалища или наружных половых органов. Кровотечение возможно с излитием крови наружу, а также в ткани или брюшную полость. Самым частым источником кровотечения является матка.

Классификация кровотечений представлена на схеме 6.

Причины кровотечения различны. Они могут быть связаны непосредственно с патологическими процессами в половых органах — воспалительными заболеваниями, опухолями (миома матки, полип, рак).

Дисфункциональные маточные кровотечения часто наблюдаются в подростковом и перименопаузальном периодах. С другой стороны, причины кровотечения органического характера, особенно неопластические процессы в половых органах, встречаются чаще у женщин после менопаузы.

Кровотечение из половых органов может отмечаться в различные возрастные периоды жизни женщины, но наиболее часто в период половой зрелости, т. е. от 18 до 50 лет. Возраст является наиболее важным фактором, определяющим подход к больным, страдающим кровотечениями. Именно он влияет на выбор методов объективного исследования и необходимых диагностических мероприятий. Его также учитывают при классификации органических причин кровотечений, выделяя заболевания, характерные для определенного возраста.

Существующие, наиболее удобные в пользовании классификации кровотечений из половых органов приведены ниже. В настоящее время известны классификации акушерско-гинекологических кровотечений, построенные по этиологическому, патогенетическому принципу, степени тяжести и т.д. Не отрицая важности и значимости существующих классификаций, мы объединили в своей классификации все кровотечения в зависимости от возрастного периода женщины. Кроме того, в детородном периоде мы рассматриваем кровотечения, связанные или не связанные с беременностью. Такой подход, на наш взгляд, позволяет лучше понять механизм развития этого синдрома, а следовательно, правильней выстраивать логический ход диагностических мероприятий, но самое главное — своевременно и более адекватно

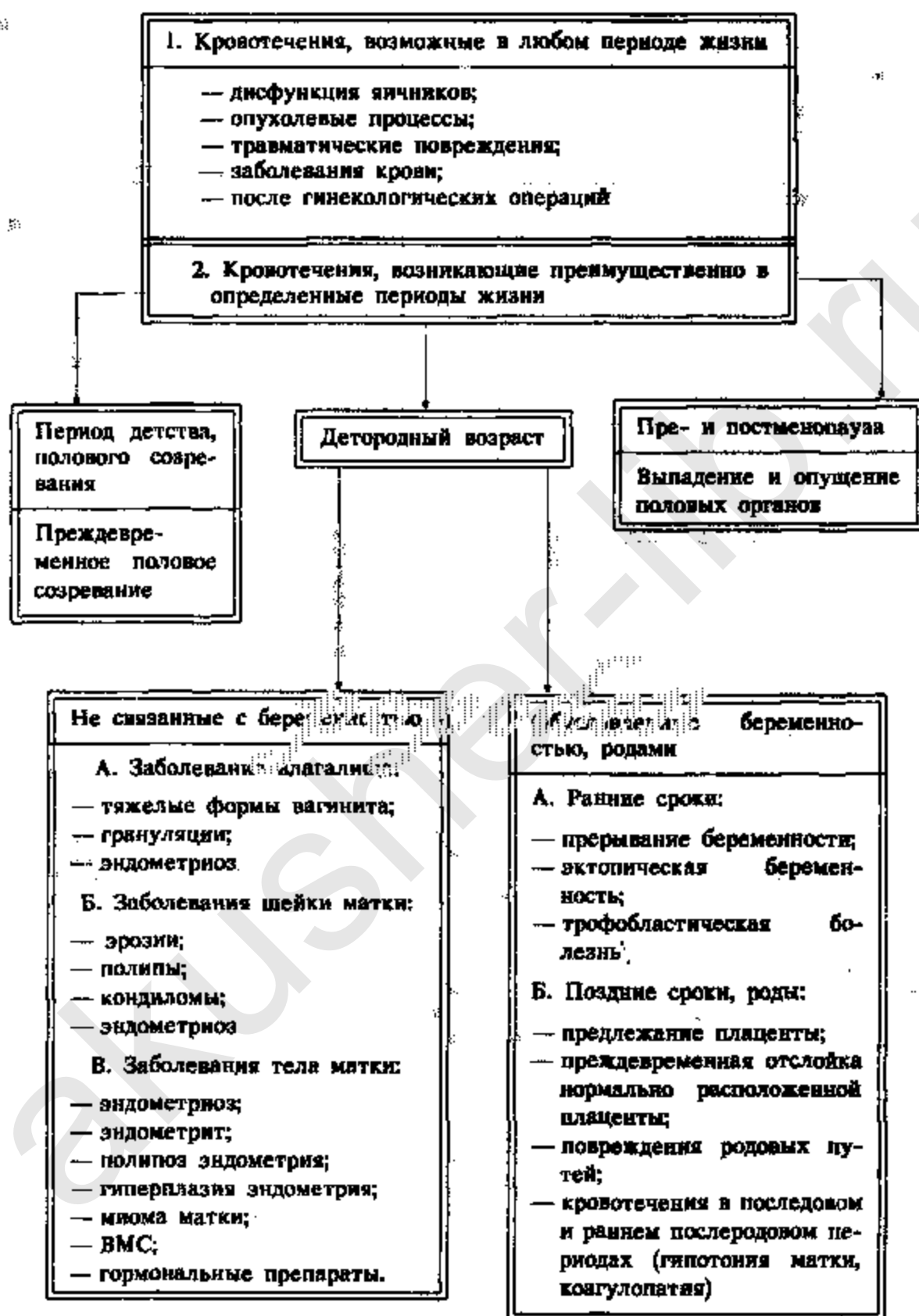


Схема 6. Классификация причин кровотечений из половых путей

провести необходимые лечебные мероприятия. В соответствии с приведенной классификацией мы выделяем наиболее характерные причины кровотечений, которые рассматриваются ниже. Такой подход, на наш взгляд, оправдывает себя в практической деятельности.

Кровотечения, возможные в любом периоде жизни

Острые кровотечения при злокачественных опухолях женских половых органов

Причины: кровотечение из эрозированных опухолью сосудов; при отторжении некротизированных опухолевых тканей; после лучевой терапии.

Симптоматика: *ведущий симптом* — сильное (иногда угрожающее жизни) кровотечение из влагалища при установленных ранее или неустановленных злокачественных опухолях шейки, тела матки, влагалища.

Диагностика:

- осмотр в зеркалах влагалища и влагалищной части шейки матки (при этом обнаруживается кратерообразный дефект или разрастание в виде «цветной капусты» на шейке матки с диффузным кровотечением или пульсирующим сосудом. При злокачественных опухолях тела матки — кровотечение из цервикального канала;
- ректовагинальное исследование позволяет установить распространенность опухолевого процесса (инфильтрация параметриев, врастание в смежные органы);
- проведение цитологического и/или гистологического исследования;
- при подозрении на злокачественную опухоль матки — отдельное диагностическое выскабливание матки;
- для оценки кровопотери — измерение артериального давления, пульса, лабораторные исследования (содержание гемоглобина, гематокрита).

Дифференциальный диагноз:

- гиперменорея при миоме матки;
- прерывание беременности (особенно шеечной);
- декубитальная язва;
- травмы половых органов.

Принципы лечения:

- остановка кровотечения достигается тугой тампонадой влагалища при обнаженной зеркалами шейке матки (це-

лесообразно с препаратами местного гемостаза: сухой тромбин, гемостатическая губка);

- при показаниях инфузионная терапия, гемотрансфузия.
- при угрожающем жизни кровотечении и неэффективности тампонады — лапаротомия, перевязка обеих внутренних подвздошных артерий.

Внимание! Не пытаться прошивать и лигировать кровоточащие сосуды.

Дальнейшее лечение — в условиях онкологического стационара.

Травматические повреждения половых путей

Симптомы: кровотечение различной интенсивности из области половых органов после полового сношения (особенно дефлорации), изнасилования, введения инородных тел в половые органы.

Причины могут быть выявлены при сборе анамнеза:

- повреждения при дефлорации, особенно у детей и подростков;
- повреждения при половом сношении (могут быть и у рожавших женщин);
- повреждения при изнасиловании;
- повреждения при несчастных случаях;
- ранения;
- повреждения вследствие введения во влагалище инородных тел с целью мастурбации, реже для прерывания беременности, криминальный аборт.

Диагностика: повреждение при половом сношении распознается по данным анамнеза, осмотра наружных половых органов и исследования влагалища при помощи зеркал. При этом необходимо исключить ранение смежных органов, мочевого пузыря, прямой кишки. Точный расспрос и письменное фиксирование всех данных: время, место происшествия. Общее состояние пациентки к моменту обследования (повреждение, кровь, пятна спермы, особенно на нижнем белье), имеется ли алкогольное опьянение.

Необходимые исследования:

- общее клиническое обследование (царапины, гематомы);
- гинекологическое исследование (осмотр наружных половых органов, входа во влагалище и влагалищной части шейки матки);
- взятие нативных мазков из влагалищных сводов для определения наличия сперматозоидов;

- бимануальное гинекологическое исследование. При наличии инородных тел во влагалище осторожно извлечь их пинцетом или корнцангом.

Принципы лечения:

- при острой массивной кровопотере — внутривенное введение плазмозамещающих растворов с последующей гемотрансфузией;
- при разрывах стенок влагалища — хирургическая обработка с наложением швов (не позже 6 ч после травмы).
- при подозрении на проникающие ранения заднего свода — лапаротомия;
- при ранении смежных органов решение о тактике лечения следует принимать с соответствующими специалистами (уролог, хирург).

При изнасиловании следует немедленно известить правоохранительные органы о случившемся.

Кровотечение в период детства, полового созревания

Кровотечения при преждевременном половом развитии

Причины:

- антенатальная патология и инфекционно-токсические заболевания в раннем детстве;
- фолликулярные кисты яичников;
- гормонопродуцирующие опухоли яичников;
- заболевания надпочечников.

Симптоматика: нерегулярные кровянистые выделения из половых путей у девочек до 8 лет при наличии вторичных половых признаков.

Диагностика:

- общее и неврологическое обследование;
- специальное гинекологическое исследование, включая УЗИ и компьютерную томографию органов малого таза и надпочечников;
- определение в крови содержания 17-КС и 17-ОКС.

Принципы лечения:

- устранение патологии, вызвавшей преждевременное половое развитие (удаление опухоли яичника или надпочечников);
- торможение процесса полового созревания (эстроген-гестагенные препараты);
- санация очагов инфекции.

Кровотечения, возникающие преимущественно в детородном периоде**Кровотечения, обусловленные беременностью****Самопроизвольное прерывание беременности (аборт)**

Определение: аборт (выкидыш) — прерывание беременности в первые 22 нед.

Причины — патологическое состояние организма женщины:

- **анатомические факторы:** инфантилизм, нарушение развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, травматические повреждения матки при искусственном аборте, родах, опухоли;
- **функциональные факторы:** инфекционные заболевания в детстве, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции, патологические роды в анамнезе, стрессовые ситуации, экстрагенитальная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и др.);
- нарушения системы мать — плацента — плод;
- хромосомные нарушения.

Симптоматика. *Ведущий симптом* — кровотечение из половых путей, в большинстве случаев сопровождающееся схваткообразными болями, при наличии субъективных и объективных признаков беременности. Данные о зависимости клинических признаков от стадии прерывания беременности представлены в табл. 11.

Таблица 11

Критерии диагностики различных стадий аборта

Клинические формы прерывания беременности	Клинические признаки				
	Болевой синдром	Величина матки	Характер кровотечения	Состояние шейки матки	Температура *
Угрожающий аборт	Постоянные, реже схваткообразные боли	Соответствует сроку беременности	Скудное или отсутствует	Цервикальный канал закрыт	Нормальная
Начавшийся аборт	Схваткообразные боли	Соответствует сроку беременности	Умеренные	Укорочена, раскрытие наружного зева цервикального канала	Нормальная или субфебрильная
Аборт в ходу	Сильные схваткообразные боли	Меньше предполагаемого срока беременности	Обильное кровотечение со сгустками	Резко укорочена, в наружном зеве — части плодного яйца	Нормальная или субфебрильная
Неполный аборт	Незначительные, постоянного характера боли	Меньше предполагаемого срока беременности	Различной интенсивности, чаще незначительные	Резко укорочена, цервикальный канал раскрыт	Субфебрильная
Полный аборт	Отсутствует	Нормальная	Отсутствует или скуровичные выделения	Закрыт	Нормальная или субфебрильная

* Характер температурной реакции зависит от присоединения инфекции. Повышение температуры более 38 °С означает опасность развития септического шока.

Дифференциальный диагноз:

- нарушенная внематочная беременность;
- опухоли матки;
- аденомиоз матки;
- дисфункция яичников;
- трофобластическая болезнь.

Принципы лечения — беременные с любой клинической формой прерывания беременности должны лечиться в стационаре.

Угрожающий и начавшийся аборт (при незначительном кровотечении):

- постельный режим;
- средства, способствующие снижению сократительной активности матки (прогестерон, 17-оксипрогестерона капронат, туринал, метацин, партусистен, магния сульфат), лечение проводится под контролем УЗИ.

Аборт в ходу и неполный аборт — выскабливание матки; при массивном кровотечении — гемотрансфузия.

Эктопическая беременность

Определение: беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.

Классификация эктопической (внематочной) беременности:

- трубная (ампулярная, интерстициальная, межуточная, перешеечная);
- яичниковая;
- брюшная.

Причины:

- перенесенные ранее аднексит, эндометрит, аборт;
- нарушение гормональной функции яичников;
- генитальный инфантилизм;
- эндометриоз;
- перенесенные операции на внутренних половых органах (односторонняя тубэктомия, сальпингостоматопластика и др.).

Симптоматика: *ведущий симптом* — мажущие кровянистые выделения после последней менструации, часто с односторонними болями внизу живота или признаками острого живота;

- аменорея 6—8 нед и вероятные признаки беременности;
- положительные иммунологические реакции на беременность;
- величина матки меньше предполагаемого срока беременности;
- мажущие маточные кровянистые выделения;
- односторонние схваткообразные или постоянные боли;
- боли при смещении шейки матки;
- односторонний аднекстумор;
- общие нарушения (ухудшение общего состояния, тошнота, жидкий стул, метеоризм).

Стадия перитонеального шока (разрыв трубы):

- внезапные интенсивные боли в нижней части живота;
- иррадиация болей в эпигастральную область (желчный пузырь, желудок);
- чувство давления на прямую кишку;
- рвота, тошнота;

- френикус-симптом;
- частый слабый пульс, падение артериального давления;
- перитонеальные симптомы в нижней части живота.

Диагностика:

- точная оценка анамнестических данных;
- комплексная оценка симптомов в динамике;
- определение признаков беременности;
- дополнительные методы (УЗИ, лапароскопия, пункция заднего свода, выскабливание матки с последующим гистологическим исследованием соскоба);
- определение β -хорионического гонадотропина в динамике.

Дифференциальный диагноз различных форм внематочной беременности (табл. 12).

Таблица 12

Дифференциально-диагностические признаки различных форм внематочной беременности

Клинические признаки	Прогрессирующая внематочная беременность	Трубный выкидыш	Разрыв маточной трубы
Признаки беременности	Положительные	Положительные	Положительные
Общее состояние больной	Удовлетворительное	Средне тяжелое, ухудшается, кратковременные обмороки, длительные периоды удовлетворительного состояния	Коллаптоидное состояние, клиника массивной кровопотери, постоянное ухудшение
Боли	Отсутствуют	Характер периодически повторяющихся приступов	Возникают внезапно в виде острого приступа
Выделения	Отсутствуют	Мажущие кровянистые выделения темного цвета, следуют за приступами болей, могут быть части децидуальной оболочки	Часто отсутствуют или небольшие кровянистые
Данные влагалищного исследования	Матка меньше срока задержки месячных, рядом с маткой определяется образование вытянутой формы, безболезненное, своды свободные	Те же, болезненность при смещении матки, образование без четких границ, уплощение заднего свода	Те же, симптомы «плавающей» матки, болезненность матки в области придатков пораженной стороны, нависание заднего свода

Окончание табл. 12

Клинические признаки	Прогрессирующая внематочная беременность	Трубный выкидыш	Разрыв маточной трубы
Наиболее информативные методы исследования	УЗИ, лапароскопия, диагностическое выскабливание матки	Лапароскопия	Пункция заднего свода

Принципы лечения:

- все больные с подозрением на внематочную беременность подлежат госпитализации в стационар;
- при установлении диагноза — хирургическое вмешательство (лапаротомия, удаление беременной трубы или пластическая операция на беременной трубе).

Кровотечения при предлежании плаценты

Определение: патология, при которой плацента частично или полностью расположена в нижнем сегменте матки (в области зеву туберкула и внутреннего зева, т. е. на пути рождения ребенка)

Причины: патологические изменения слизистой оболочки матки дистрофического характера, особенно у часто и многорожавших.

Симптоматика. *Ведущий симптом* — постоянное или рецидивирующее кровотечение без боли, преимущественно во второй половине беременности или в родах;

- отсутствие напряжения маточной стенки;
- мягкий живот;
- кровотечение не связано с родовыми схватками;
- усиление кровотечения при усилении родовой деятельности;
- нарушение сердцебиения плода.

Диагностика:

- анамнестические указания на частые и длительные мажущие кровянистые выделения из половых путей;
- при пальпации (приемы Леопольда) часто определяется поперечное или косое положение плода, или же высокое стояние предлежащей части при продольном положении;
- кровотечение различной интенсивности из родовых путей;
- определение локализации плаценты методом УЗИ;

- постоянный контроль за показателями гемодинамики, гематокрита, гемоглобина.

Внимание! Категорически противопоказаны влагалищное или ректальное исследование без развернутой операционной.

Дифференциальный диагноз:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- разрыв варикозно-расширенных вен, вульвы и влагалища;
- злокачественные опухоли шейки матки.

Принципы лечения:

В случае кровотечения из половых путей во время беременности — госпитализация. *Перед транспортировкой* для уменьшения сократительной активности показано внутримышечное введение 20 мл 25% раствора магния сульфата, 2 мл 2% раствора папаверина и внутривенное введение плазмозамещающих растворов.

В стационаре:

- оценка общего состояния, гемодинамики и объема потерянной крови;
- выяснение вида предлежания плаценты (краевое, боковое, центральное);
- оценка состояния плода.

Тактика ведения беременных с предлежанием плаценты представлена на схеме 7. В последовом и раннем послеродовом периодах возможно гипо- или атоническое маточное кровотечение.

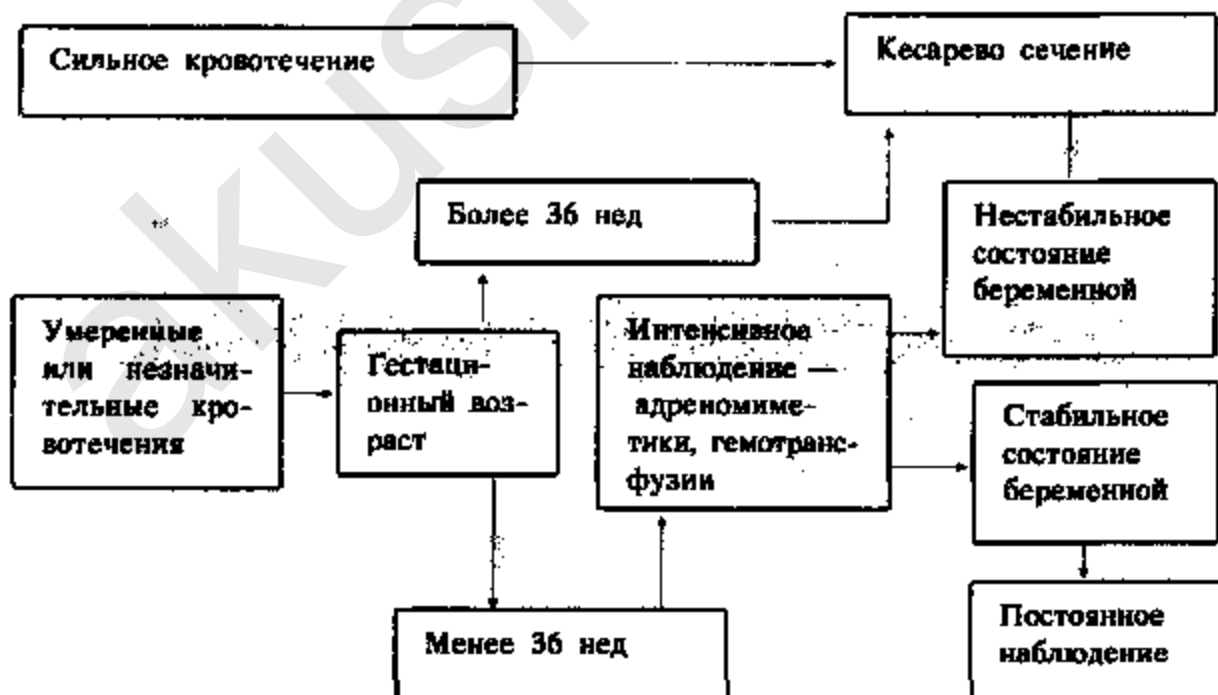


Схема 7. Ведение беременных с предлежанием плаценты.

Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

Определение: патология беременности, при которой происходит полная или частичная отслойка плаценты от стенки матки во время беременности или в I и II периодах родов.

Причины:

- ЕРН-гестозы, приводящие к разрыву капилляров плацентарной площадки;
- травмы;
- короткая пуповина, ведущая к отрыву плаценты;
- после рождения первого плода при многоплодной беременности.

Симптоматика: *ведущий симптом* — сильные боли в нижней части живота в поздние сроки беременности или в родах с незначительным наружным кровотечением.

- боли в нижней части живота;
- недомогание;
- чувство напряжения в животе;
- кровотечение из влагалища различной интенсивности;
- плотная, налитая матка;
- невозможность прощупать части плода;
- значительное снижение или исчезновение движений плода;
- нарушение сердечной деятельности плода.

Внимание! Как осложнение часто наступает гипо- или афибриногенемия. Резкое снижение свертываемости крови наступает при содержании фибриногена в крови ниже 1 г/л (нормальное содержание — 4—6 г/л).

Диагностика:

- осторожная наружная пальпация;
- измерение АД и контроль пульса;
- определение гемоглобина и гематокрита;
- контроль свертывающей системы крови;
- контроль за состоянием плода (кардиотокограмма и др.).

Дифференциальная диагностика:

- предлежание плаценты;
- разрыв матки;
- кровотечение из варикозно-расширенных вен промежности или влагалища.

Опасность! Для матери:

- геморрагический шок;
- коагулопатические кровотечения.

Для плода:

— внутриутробная гипоксия вследствие анемии у матери и уменьшения плацентарной поверхности.

Принципы лечения:

Внимание! Каждая женщина с кровотечением в конце беременности подлежит госпитализации в акушерский стационар.

Неотложная терапия на догоспитальном этапе:

- внутривенное введение плазмозамещающих растворов;
- гемотранфузия (по показаниям);
- внутривенное введение контрикала (медленно);
- внутривенное введение токолитиков.

Транспортировка в стационар: обязательно врачебное наблюдение из-за возможности внезапного усиления кровотечения и отслойки плаценты.

Тактика ведения в стационаре:

- определение гемоглобина и гематокрита;
- контроль артериального давления и пульса;
- оценка состояния плода;
- четкое определение объема кровопотери;
- вскрытие плодного пузыря (в легких случаях);
- при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути — кесарево сечение.

Тактика ведения больных представлена на схеме 8.

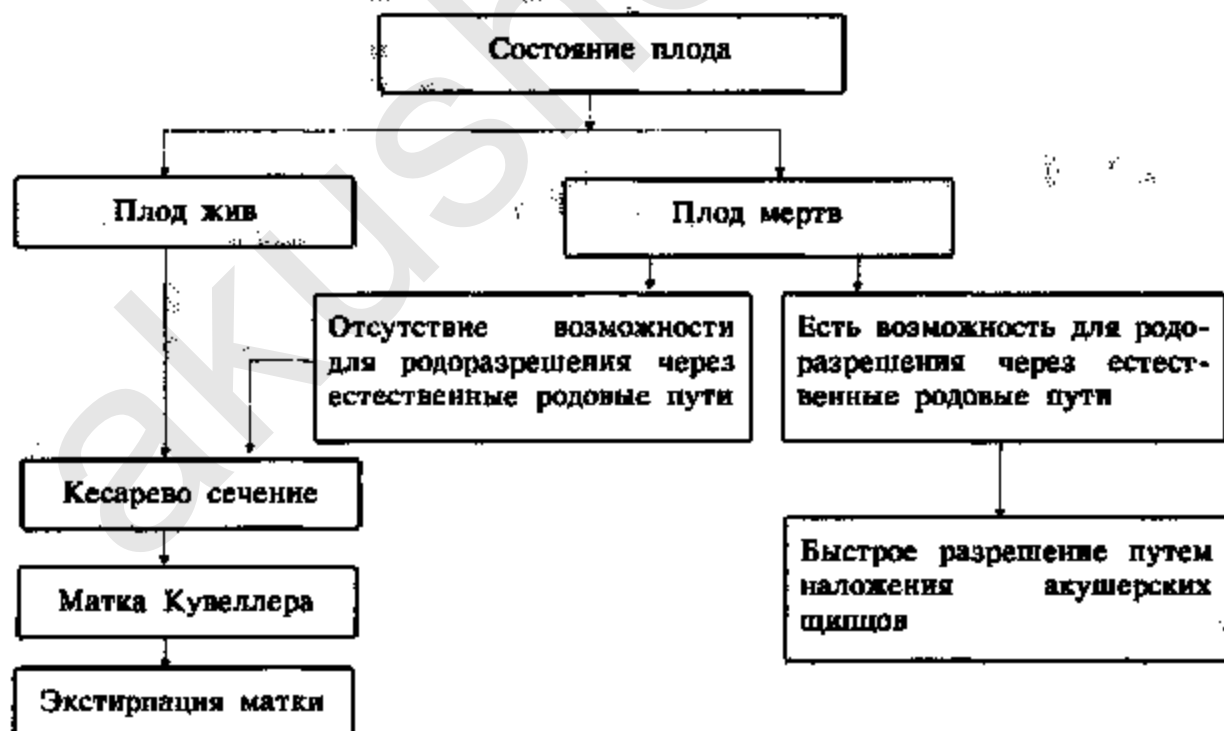


Схема 8. Тактика ведения беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Кровотечения при родовых травмах

Разрывы матки

Причины:

- перерастяжение нижнего сегмента вследствие:
 - а) узкого таза, гидроцефалии, крупного плода, неправильного положения плода (поперечное, косое) или неправильного вставления головки (лобное, лицевое);
 - б) опухоли родовых путей (миома матки);
- слабость родовой деятельности;
- рубцы на матке после ранее проведенных хирургических вмешательств (перфорация матки, энуклеация фиброматозных узлов, кесарево сечение, особенно корпоральное).

Симптоматика. *Ведущий симптом* — после стадии резко возрастающей активности родовых схваток с перерастяжением нижнего сегмента и высоким стоянием контракционного кольца (угрожающий разрыв) возникают резкие боли в нижней части живота и ослабление или полное прекращение родовой деятельности (свершившийся разрыв).

Симптомы угрожающего разрыва матки:

- резкая болезненность при пальпации нижнего сегмента;
- высокое и косое стояние контракционного кольца;
- значительное усиление родовой деятельности;
- беспокойное поведение роженицы;
- учащенное мочеиспускание;
- матка приобретает форму «песочных часов»;
- плод почти полностью расположен в нижнем сегменте;
- круглые маточные связки напряжены и болезненны.

Симптомы свершившегося разрыва матки:

- внезапная сильная боль в животе;
- ослабление или полное прекращение родовой деятельности;
- развитие признаков внутреннего кровотечения (падение артериального давления, учащение пульса, холодный пот, одышка);
- незначительное кровотечение из половых путей;
- перитонеальные симптомы.

Возможны также «тихие» разрывы по старому рубцу (дифференциальный диагноз — см. табл. 13).

Принципы лечения:

- при угрожающем разрыве — снять родовую деятельность (наркоз) и срочное родоразрешение при возмож-

Таблица 13

Дифференциально-диагностические признаки различных видов разрывов матки

Вид разрыва	Общее состояние женщины	Боли	Кровотечение	Родовая деятельность	Состояние гемодинамики (пульс, АД)	Давление наружно-то акушерского обследования	Другие важнейшие признаки
Угрожающий разрыв матки	В сознании, беспокойное, часто кричит	Реакция в нижней сегменте матки, сохраняются вне схватки	Нет	Как правило, реже — развивается слабость	Существенно не меняется	Выражено контрационное кольцо, матка в форме «песочных часов»	Затрудненное мочеиспускание, гематурия, отек вульвы
Совершившийся разрыв матки:							
полный разрыв	Резко उत्तेजन, быстро развивается шок	В момент разрыва сильная, режущего характера	Может быть незначительное наружное	Трескается	Пульс частый слабого наполнения, АД прогрессирующе падает	Части плода определяются через переднюю брюшную стенку, сердцебиение плода нарушено	Признаки шока
неполный разрыв	Тяжелое	Клиника аналогична полному разрыву матки, но часто менее выражена	Наружного нет				Рядом с маткой может определяться гематома
Разрыв матки по рубцу:							
несостоятельность рубца	Возможны обмороки (при беременности), тошнота, рвота	Повторяющиеся в области рубца, усиливающиеся при движении тела и шевелении плода	Нет	В родах не меняется	Существенно не меняется	Локальная болезненность	Следует учитывать данные анамнеза

- ности через естественные родовые пути, при неподготовленных родовых путях — кесарево сечение;
- переливание плазмозаменяющих растворов, крови;
 - вопрос о сохранении или удалении матки решается с учетом характера разрыва, возраста, состояния роженицы.

Разрывы шейки матки

Причины:

- быстрые и стремительные роды;
- предлежание плаценты;
- роды крупным плодом;
- разгибательные вставления;
- ригидность маточного зева;
- оперативное родоразрешение через влагалище.

Диагностика:

- кровотечение после родов при сократившейся матке;
- осмотр шейки матки при помощи зеркал.

При разрывах III степени необходимо исключить повреждение нижнего маточного сегмента.

Принципы лечения: лечение разрывов шейки матки сразу после его обнаружения.

Техника: если возможно, то первый шов сразу накладывается выше разрыва на 0,5 — 1 см, при невозможности первый шов накладывается на середине разрыва и подтягиванием — выше установленной вершины разрыва

— контроль за гемодинамикой, содержанием гемоглобина, гематокритом

Кровотечения при трофобластической болезни (пузырный занос, хориокарцинома)

Пузырный занос

Симптоматика и диагностика:

- *ведущий симптом* — после 2—3 мес. аменореи — кровотечение, иногда сопровождающееся выходом пузырьков;
- отсутствие в полости матки признаков плода (по данным УЗИ);

- величина матки превышает срок беременности;
- выраженный ранний токсикоз;
- вагинальное исследование — матка тугоэластической консистенции, больше срока предполагаемой беременности;
- пальпация матки (при больших размерах — отсутствие признаков плода);
- отсутствие сердцебиения и шевеления плода;
- качественные и количественные исследования содержания хорионического гонадотропина в моче и в крови (при пузырном заносе уровень его превышает таковой при нормальной беременности в 50 — 100 раз).

Дифференциальный диагноз:

- начавшийся аборт;
- внематочная беременность;
- многоплодная беременность;
- цистаденома яичника;
- миома матки.

Принципы лечения:

- при установленном диагнозе — удаление пузырного заноса из матки;
- консервативные способы: сокращающие матку средства;
- хирургические (методы для сохранения жизни консервативного) выскабливание матки; абдоминальное кесарево сечение при больших размерах пузырного заноса, сильном кровотечении, отсутствии условий для опорожнения снизу и при подозрении на деструктивную форму;
- после удаления — наблюдение в течение 2 мес (определение содержания хорионического гонадотропина в моче);
- при пролиферирующих формах — полихимиотерапия.

Хориокарцинома

Симптоматика:

- циклические и ациклические кровотечения после родов, абортов или пузырного заноса;
- серозные или гнойные выделения из половых путей;
- боли в нижних отделах живота;
- симптомы, обусловленные преимущественной локализацией метастазов опухоли.

Диагностика:

- анамнестические данные;
- осмотр в зеркалах (метастазы во влагалище в виде темно-багровой опухоли);

- бимануальное исследование (матка нередко увеличена, мягковатой консистенция, с неровной поверхностью);
- рентгенологическое исследование легких, желудочно-кишечного тракта;
- гистологическое исследование соскоба из полости матки или операционного материала;
- исследование содержания хориального гонадотропина (в 50—100 раз больше, чем при нормальной беременности).

Принципы лечения:

- полихимиотерапия;
- хирургическое лечение. *Показания:* профузные маточные кровотечения, склонность опухоли к перфорации, большие размеры матки, резистентность опухоли к проводимой химиотерапии. *Объем операции:* у молодых женщин без метастазов — экстирпация матки без придатков, после 40 лет — экстирпация матки с придатками.

Кровотечения в послеродовом периоде**Причины:**

- недостаточность сократительной активности матки;
- спазм шейки матки;
- предшествующие заболевания и операции, приводящие к атрофическим изменениям эндометрия и миометрия: эндометрит, рубцы на матке после кесарева сечения, энуклеация фиброматозных узлов, перфорация матки; субмукозная миома матки, низкое прикрепление или частичное предлежание плаценты.

Симптомы: кровотечение из половых путей после рождения ребенка при задержке всей плаценты или ее части.

Принципы лечения:

- опорожнение мочевого пузыря катетером;
- внутримышечное введение сокращающих матку средств (питуитрин, метилэргометрин) и внутривенное введение 1 мл окситоцина с 20 мл 40% раствора глюкозы. Дальнейшие мероприятия см. на схеме 9.

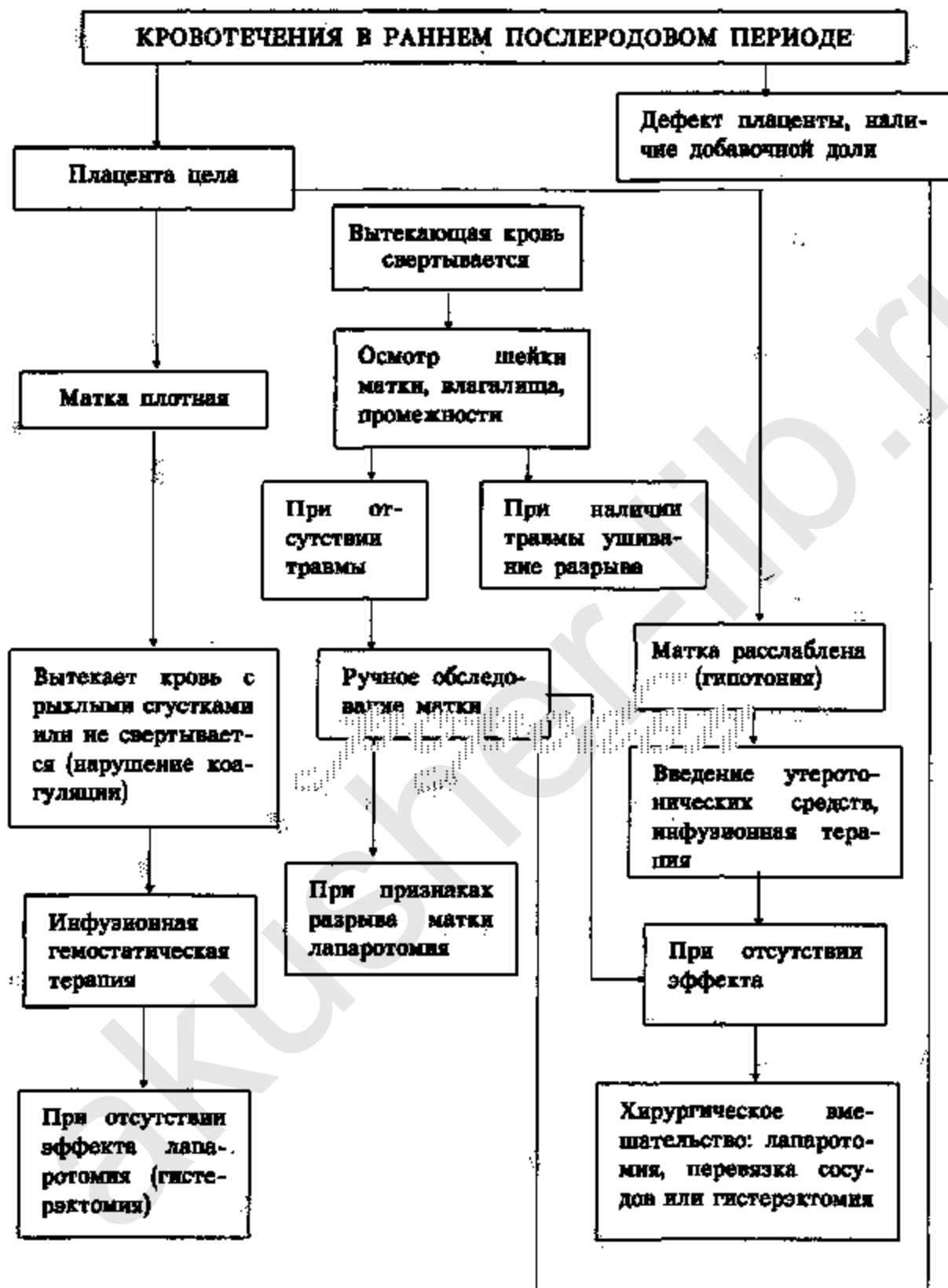


Схема 9. Лечение кровотечений в раннем послеродовом периоде.

Гипо- и атонические кровотечения в послеродовом периоде

Причины:

- задержка частей плаценты;
- утомление (истощение) нервно-мышечного аппарата матки;
- оперативное родоразрешение (кесарево сечение, щипцы);
- слабость родовой деятельности в родах;
- аномалии развития матки;
- опухоли матки;
- неправильное ведение III периода родов.

Симптоматика: *ведущий симптом* — кровотечение различной интенсивности при недостаточном сокращении матки после родов.

Клиника: кровотечение после рождения последа: одномоментные массивное либо повторными порциями по 50—150 мл.

Дифференциальная диагностика:

- кровотечение вследствие травмы родовых путей;
- нарушение коагуляции крови.

Принципы лечения:

- выведение ручки катетера;
- пузырь со льдом на низ живота;
- наружный массаж матки (при кровопотере не более 400 мл);
- введение сокращающих матку средств (окситоцин, питуитрин, метилэргометрин и др.);
- при кровопотере более 400 мл — ручное обследование матки;
- наложения поперечного шва по Лосицкой;
- при неэффективности консервативной терапии и кровопотере, превышающей 1200 мл, — хирургические методы (перевязка маточных сосудов, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки);
- терапия геморрагического шока.

Кровотечения, обусловленные коагулопатией

Причины: массивная кровопотеря при гипо- и атонии матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, длительное (более 2 нед) пребывание мертвого

Таблица 14

Диагностика синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

Фазы ДВС	Характер изменений коагуляционных свойств крови	Клинические проявления	Основные лабораторные показатели				
			Время свертывания крови	Скопленный ливас стусток	Тромбамбозный тест, с	Число тромбоцитов, $10^9/\mu$	Тромбамбозное время, с
I — гиперкоагуляция	Активация калликреиновой системы, гиперкоагуляция, внутрисосудистая агрегация клеток крови	Гиперемия кожных покровов с цианозом, марморность рисунка, озноб, бесплодность болевой	Менее 5 мин (норма)	Нет (норма)	7—11 (норма)	175—425 (норма)	Менее 24
II — гипокоагуляция без генерализованной активации фибринолиза	Истощение гемостатического потенциала. Потребление VIII, V, XIII факторов фибриногена, тромбоцитов, активация локального фибринолиза	Усиление кровотечения из половых путей, с раневых поверхностей, технических выделений на коже, носовые кровотечения. Импонирующаяся кровь содержит рыхлые стустки, которые быстро лизируются	5—12 мин	Нет	7—11	Менее 120	Более 60
III — гипокоагуляция с генерализованной активацией фибринолиза	Резкое истощение факторов свертывания в результате образования больших количеств тромбина. Поступление в кровоток активаторов плазминогена	Выделение жидкой, не свертывающейся крови. Генерализованная кровотечения, операционная, гематурия. Геморрические выпоты в серозных полостях	Более 12 мин	Быстрый	20—60	Менее 100	Более 100
IV — полное не свертывание крови	Гипокреуляция крайней степени. Высокая фибринолитическая и антикоагулянтная активность	Те же, что и при III фазе	Более 60 мин	Стусток не образуется	Более 60	Менее 60	Более 180

плода в матке, гестоз, разрыв матки, кесарево сечение.

Симптоматика: *ведущий симптом* — нарастание объема кровопотери и тяжести геморрагического шока;

- безрезультативность мероприятий, направленных на лечение гипо- и атонии матки;
- появление кровоподтеков в местах инъекций;
- кровь, вытекающая из родовых путей или в рану при операции кесарева сечения, образует рыхлые сгустки (в тяжелых случаях не свертывается);
- матка плотная, хорошо контурируется.

Диагностика основана на данных клинических и лабораторных исследований (табл. 14).

Принципы лечения.

Неотложная терапия:

- направлена на предотвращение или выведение из геморрагического шока. *Лечение в стационаре:*
- устранение причин, вызвавших нарушение коагуляции (при возможности быстрое родоразрешение через естественные родовые пути, либо кесарево сечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты);
- весь комплекс мероприятий по лечению;
- восстановление свертывающего потенциала крови проводится с учетом характера стадии синдрома ДВС, см. табл. 15.

Таблица 15

Схема лечения кровотечений, обусловленных синдромом ДВС

Гемостатический препарат	Фазы ДВС			
	гиперкоагуляция (I)	гипокоагуляция		полное несвертывание крови (IV)
		без активации фибринолиза (II)	с активацией фибринолиза (III)	
Гепарин, ЕД/кг	70—50	30	10—30	—
Трасилол, ЕД	—	50000—100000	50000—100000	100000—300000
Контрикал, ЕД	—	20000—60000	20000—60000	60000—120000
Гордокс, ЕД	—	200000—600000	200000—600000	600000—1200000
Фибриноген, г	—	—	2—4	2—4
Концентрат нативной плазмы (антигемофильная плазма), мл	—	120—250	125—250	250—500
Сухая плазма, мл	—	120—250	125—250	—
Кровь свежесконсервированная, мл	—	—	500—1000	1000

Окончание таблицы 15

Гемостатический препарат	Фазы ДВС			
	гиперкоагуляция (I)	гипокоагуляция		полное несвертывание крови (IV)
		без активации фибринолиза (II)	с активацией фибринолиза (III)	
Кровь до 5 дней консервации, мл	—	250—500	500—1000	1000
Криопреципитат, ЕД	—	—	200—400	600
Эритроцитарная масса, мл	—	В зависимости от кровопотери		
Раствор альбумина 5%, мл	—	200—400	200—400	200—400

Геморрагический шок

Определение: геморрагический шок — клиническая категория для обозначения критических состояний, связанных с острой кровопотерей, в результате которой развивается кризис макро- и микроциркуляции, синдром полиорганной и полисистемной недостаточности.

Причины:

- аборт;
- внематочная беременность;
- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- родовые травмы;
- гипотоническое послеродовое кровотечение;
- коагулопатия;
- кровопотеря после хирургического вмешательства.

Симптоматика:

Компенсированная фаза:

- сознание сохранено;
- бледные кожные покровы;
- холодные конечности;
- спавшиеся вены на руках;
- пульс слабого наполнения;
- артериальное давление в нормальных пределах;
- снижение почасового диуреза (до 30 мл/ч).

Декомпенсированная фаза:

- артериальная гипотония;
- выражены нарушения периферического кровообращения;

— снижение диуреза менее 30 мл/час вплоть до развития анурии.

Данные о предполагаемых объемах кровопотери после хирургического вмешательства обобщены в табл. 16.

Таблица 16

Предполагаемый объем кровопотери во время родов, осложнений беременности и при акушерских вмешательствах

Роды, характер осложнений, оперативное вмешательство	Предполагаемая кровопотеря (мл)
Физиологические роды	100—350
Разрыв трубы при внематочной беременности	500—2000
Предлежание плаценты	1000—2000
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	600—2500
Разрыв матки	1000—3500
Гипотония матки	800—2500
Травмы родовых путей (зависят от обширности повреждений)	300—1500
Врожденное и приобретенное нарушение свертываемости крови	более 1500
Операция акушерских щипцов	100—380
Ручное отделение плаценты	300—800
Выскабливание матки	250—500
Кесарево сечение	600—1500
— повторное	1000—2000
Экстирпация матки по поводу гемангиомиома	3000—5000

Диагностика:

- аналитические данные о величине кровопотери до первичного осмотра;
- клинический анализ крови: эритроциты, гематокрит, водно-электролитный и белковый состав;
- почасовой диурез.

Таблица 17

Определение степени тяжести кровопотери

Показатель	Степень тяжести кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Количество эритроцитов	$3,5 \cdot 10^{12}/л$	До $2,5 \cdot 10^{12}/л$	$< 2,5 \cdot 10^{12}/л$
Содержание гемоглобина, г/л	100	80—100	80
ЧСС, уд/мин	до 80	80—100	100
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	110	110—90	90
Показатель гематокрита, л/л	0,3	0,25—0,30	0,25

Таблица 18

Расчет шокового индекса

Состояние организма	Пульс	Артериальное давление	Индекс
Нормальное состояние	60	120	0,5
Предшоковое состояние	100	100	1,0
Геморрагический шок	120	80	1,5

Принципы лечения:

- остановка кровотечения;
- восстановление ОЦК, поддержание макро- и микроциркуляции с учетом степени тяжести кровопотери и шокового индекса (табл. 17, 18);
- коррекция сопутствующего метаболического ацидоза (4% раствор натрия гидрокарбоната 2 мл/кг массы тела);
- введение глюкокортикоидных гормонов (0,7—1,5 г гидрокортизона);
- поддержание адекватного диуреза на уровне 50—60 мл/ч;
- перевод на ИВЛ;
- применение антибиотиков;
- лечение ДВС-синдрома;
- обезболивание;
- поддержание сердечной деятельности.

Маточные кровотечения, не связанные с беременностью

Определение: наружное сильное или продолжительное кровотечение, связанное с менструацией (меноррагия) либо не связанное с менструацией (метроррагия), приводящее к развитию выраженной анемизации.

Причины — органические (более 90%):

- миома матки (особенно при подслизистом расположении узла);
- аденомиоз матки;
- железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Функциональные:

- гормональные нарушения (дисфункция яичников);
- заболевания, сопровождающиеся нарушениями свертывающей системы крови (острый лейкоз, тромбоцитопения);
- гормональная контрацепция;
- ВМС.

Симптоматика:

- бледное осунувшееся лицо, заостренный нос, бледно-синие ногти;
- анемичные кожные покровы;
- тахикардия;
- резкое снижение артериального давления, готовность к геморрагическому шоку.

Диагностика:

- основные гинекологические исследования для установления органических причин (бимануальное исследование);
- лабораторные методы исследования свертывающей системы крови;
- гематокрит, гемоглобин;
- взятие цуга эндометрия;
- УЗИ;
- гистероскопия;
- гистерография.

Дифференциальный диагноз:

- декубитальная язва;
- прерывание беременности;
- трофобластическая болезнь.

Принципы лечения определяются причинами и интенсивности кровотечения. У женщины детородного возраста основным способом остановки сильного кровотечения (независимо от его причин!) является выскабливание матки. В случае его остановки, или значительного уменьшения показано проведение инфузионно-трансфузионной терапии (см. «Геморрагический шок»). При отсутствии эффекта — лапаротомия, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки. У девочек, не живших половой жизнью, на первой стадии (при незначительном или умеренном кровотечении) возможна консервативная терапия с учетом причины кровотечения (гормональные препараты и/или — гемостатические средства).

При системных заболеваниях крови — лечение основного заболевания.

Заболевания влагалища (грануляции, полипы, эндометриоз)**Причины кровотечения:**

- физические нагрузки;
- половой акт;
- без видимых причин;
- травмы, ранения.

Симптоматика: *ведущий симптом* — ациклические кровотечения из влагалища, связанные с предшествующими абдоминальной и вагинальной гинекологическими операциями (особенно экстирпация матки, конизации, электрокоагуляции шейки матки). Как правило, подобное кровотечение не сопровождается болевым синдромом.

Диагностика:

- осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах и исключение других источников кровотечения;
- определение гематокрита, артериального давления, показателей свертывающей системы крови.

Принципы лечения:

(в амбулаторных условиях — при незначительном кровотечении)

- тампонада (желательно с гемостатическими средствами), в дальнейшем плановая госпитализация.

Лечение в стационаре:

- при сильном кровотечении — удаление грануляций или полипов с последующей электрокоагуляцией сосудов ложа удаленных полипов или наложение лигатуры;
- при необходимости рассечение кровотока введением кровезаменяющих растворов, крио-, лазерное гемостатическое лечение;
- контроль за кровотечением, определение гематокрита и гемоглобина.

Заболевания шейки матки (эрозия, полипы, эктропион, эндометриоз)

Причины: родовая травма, оперативные вмешательства (биопсия, диатермоэксцизия, конизация)

Симптоматика: *ведущий симптом:* — ациклические (эрозия, полип) или циклические за 3—5 дней до начала менструации (эндометриоз) кровотечения, как правило незначительной интенсивности.

Диагностика:

- осмотр влагалища и шейки в зеркалах;
- кольпоскопия;
- цитологические исследования;
- прицельная биопсия (при подозрении на рак шейки матки).

Принципы лечения:**в стационаре:**

- при эрозии — местная противовоспалительная терапия: раствор калия перманганата 1:10000, влагалищные ванночки с протарголом, влагалищные тампоны с синтомицином, рыбьим жиром, облепиховым маслом, аппликация солкогина, лазеротерапия и др.

Если нет эффекта от лечения — биопсия.

- при отсутствии признаков злокачественной опухоли диатермоэксцизия, криодеструкция, ампутация шейки матки (при обширных эрозиях);
- при злокачественной опухоли — лечение у онкогинеколога;
- полипы — удаляют путем иссечения с последующей коагуляцией или лигированием ложа полипа (гистологическое исследование обязательно);
- эндометриоз — иссечение очагов острым путем (без применения диатермохирургического лечения).

Разрыв желтого тела или фолликулярной кисты

Причины: спонтанный разрыв стенки фолликула или кисты желтого тела с вовлечением в разрыв сосудов.

Симптоматика: *ведущий симптом* — острые, усиливающиеся боли в нижней части живота и нарастающая симптоматика геморрагического шока вследствие внутрибрюшного кровотечения при ненарушенной менструальной функции;

- внезапно наступающие боли, преимущественно односторонние и часто иррадиирующие в эпигастральную область;
- появление френикус-симптома;
- повышено напряжение передней брюшной стенки в нижней части живота;
- слабость, тошнота, холодный пот, рвота;
- признаки нарастающей анемии (тахикардия, акроцианоз, бледность);
- нарастающие симптомы геморрагического шока.

Диагностика:

- общее обследование;
- гинекологическое исследование (бимануальное исследование);
- УЗИ (наличие свободной жидкости);

- пункция заднего свода (получение жидкой крови или с мелкими сгустками).

Дифференциальный диагноз:

- внематочная беременность;
- острый аднексит;
- острый аппендицит;
- перекрут опухоли яичника или субсерозного фиброматозного узла;
- мочекаменная болезнь.

Принципы лечения:

- в процессе транспортировки и подготовки к операции внутривенное введение кровезаменяющих растворов и крови;
- чревосечение — резекция яичника (при возможности — реинфузия излившейся крови).

Кровотечения в пременопаузальный период

Кровотечения при выпадении половых органов (декубитальная язва)

Причины: нарушение целостности кровеносных сосудов в области декубитальной язвы на шейке матки или стенке влагалища.

Симптоматика: *ведущий симптом* — кровотечение из язвы на выпавшей влагалищной части шейки матки или стенке влагалища.

Дифференциальный диагноз:

- острое кровотечение при раке шейки матки;
- спонтанный разрыв геморроидальных сосудов или нарушение целостности гемангиомы.

Принципы лечения: консервативное — тампонада с гемостатическими препаратами местного действия.

СУДОРОГИ У БЕРЕМЕННЫХ (ЭКЛАМПСИЯ)

Основная причина — ЕРН-гестоз.

Диагностика: *продромальные симптомы (преэклампсия):*

- нарушение зрения (двоение, мелькание «мушек» и др.);

- боли в подложечной области;
- головная боль;
- тошнота, рвота;
- двигательное беспокойство;
- повышение артериального давления.

Симптоматика: *ведущий симптом* — клонические и тонические судороги с потерей сознания во время беременности, в родах или в послеродовом периоде.

Клиника:

- тонические судороги;
- клонические судороги;

Опасность для плода (!).

Дифференциальный диагноз:

- эпилепсия;
- тетания;
- диабетическая кома;
- менингит.

Принципы лечения:

А. Купирование судорожного припадка:

- ингаляционные наркотики;
- освобождение дыхательных путей;
- ингаляции кислорода (бутанализ);
- внутривенно дроперидол или эвдоксон 20 мг, промедол;
- начать введение магния сульфата (2—4 г внутримышечно) или 8% раствор внутривенно медленно.

Б. Предупреждение последующих припадков:

- продолжить введение магния сульфата в дозе 25 г сухого вещества в сутки;
- регулярное введение седативных и наркотических веществ (дроперидол, седуксен и др.).

Параллельно необходимо проводить терапию, направленную на снижение артериального давления, выведение избыточной жидкости, нормализацию функций печени и почек.

Вопрос о родоразрешении решается индивидуально с учетом срока беременности, выраженности клинической картины, эффективности консервативного лечения.

РОДЫ ВНЕ КЛИНИКИ

Определение: к родам вне клиники относят роды, произошедшие дома, в дороге, т. е. те, которые произошли вне медицинского

учреждения. Чаще наблюдаются при недоношенной беременности, у многорожавших женщин.

Причины:

- чрезмерно сильная родовая деятельность;
- недоношенная беременность;
- многорожавшая;
- истмико-цервикальная недостаточность;
- отдаленность от лечебного учреждения.

Ведущий симптом: чрезмерно быстрые роды, длительностью от нескольких минут до 3 ч, что затрудняет своевременную доставку роженицы в родильный дом.

Опасность:

Для матери:

- разрывы мягких родовых путей;
- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.

Для плода:

- асфиксия;
- внутричерепные гематомы;
- переломы ключицы, травмы.

Диагностика.

Общее обследование:

- сбор анамнеза (длительность менструации, течение и исход предыдущих и настоящей беременностей);
- общий осмотр (кожные покровы, температура тела, артериальное давление, отеки);
- специальное акушерское исследование (вид, положение и предлежание плода, его сердцебиение);
- влагалищное исследование (состояние шейки матки, раскрытие маточного зева, наличие или отсутствие плодного пузыря, установление предлежащей части, если удастся достичь мыса, то измеряют диагональную конъюгату). Взаимоотношение между головкой и плоскостями малого таза в родах (при затылочном предлежании) (см. табл.19).

Принципы лечения: если роды начались вне родильного учреждения, то в первую очередь должен быть решен вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом до рождения ребенка. При отсутствии таких возможностей следует приступить к ведению родов.

Неотложная помощь новорожденному:

- если ребенок родился здоровым (с оценкой по Аргар 7—10 баллов), обработку проводят в следующем порядке:

Таблица 19

Взаимоотношение между головкой плода и плоскостями малого таза в родах (при затылочном предлежании)

Положение головки в малом тазу	Данные наружного акушерского исследования (по Леопольду)	Данные влагалищного исследования
Головка располагается над входом в малый таз	Головка свободно перемещается («баллотирован»)	Крестцовая впадина и задняя поверхность лонного сочленения свободны. Стреловидный шов стоит в поперечном размере, большой и малый роднички находятся на одном уровне
Головка малым сегментом находится во входе в малый таз	Головка неподвижна. Большая ее часть располагается над входом в малый таз	Крестцовая впадина и задняя поверхность лонного сочленения свободны. Стреловидный шов стоит в поперечном или слегка косом размере
Головка большим сегментом находится во входе в малый таз, согнута	Над лоном определяется меньшая часть головки	Верхняя часть крестцовой впадины и лонного сочленения заняты. Головка согнута, малый родничок ниже большого, стреловидный шов стоит в одном из косых размеров
Головка располагается в широкой части полости малого таза	Средняя часть головки	Головка над крестцовой впадины и лонного сочленения заняты. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров
Головка располагается в узкой полости малого таза	Головка не прощупывается	Вся внутренняя поверхность лонного сочленения и крестца занята головкой. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров, ближе к прямому
Головка располагается в выходе малого таза (на тазовом дне)	Головка не прощупывается	Крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седмичные ости не определяются. Стреловидный шов стоит в прямом размере выхода таза

- полость рта и носовые ходы новорожденного освобождают от слизи;
- проводят внешний осмотр новорожденного;
- обработку пуповины проводят со строгим соблюдением асептики. После прекращения пульсации (через 2—3 мин после родов) пуповину протирают спиртом и на расстоянии 10—15 см от пупочного кольца накладывают два зажима. Пуповину между ними обрабатывают 5%

раствором йода и пересекают. Зажим на детском отрезке пуповины заменяют лигатурой.

Ведение послеродового периода:

- наблюдение за родильницей (общее состояние, жалобы, окраска кожных покровов, пульс, артериальное давление);
- оценка количества крови, вытекающей из половых путей;
- катетеризация мочевого пузыря;
- определение признаков отделения плаценты от стенки матки;
- при кровотечении проводят мероприятия, направленные на его остановку (см. раздел «Кровотечение в послеродовом периоде»).

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Тазовое предлежание

Причины в большинстве случаев неясны.

Способствуют развитию тазового предлежания:

- недоношенная беременность;
- пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия и др.);
- пороки развития матки (двуродая и др.);
- многоводие, многоплодие;
- узкий таз;
- опухоли матки.

Диагностика:

Наружное исследование:

- отсутствие головки над входом в малый таз (III, IV приемы Леопольда);
- над входом в таз — мягкая, небольшая, небаллотирующая часть;
- в дне матки — плотная округлая баллотирующая часть (головка);
- сердечные тоны на уровне пупка.

Внутреннее исследование:

- предлежит мягкая часть плода;
- при вскрытии плодного пузыря можно определять седлищные бугры, крестец, наружные половые органы.

Дополнительные методы:

- УЗИ;
- рентгенологическое исследование.

Принципы лечения: см. схему 10 ведения беременности и родов при тазовом предлежании

ПОПЕРЕЧНОЕ И КОСОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

Симптоматика: нахождение головки в правой или левой половине матки, низкое стояние дна матки.

Причины:

- снижение возбудимости и тонуса матки (многорожавшие женщины);
- многоплодие;
- многоводие;
- узкий таз;
- предлежание плаценты;
- пороки развития матки;
- миома матки.

Диагностика:

- определение частей плода (приемы Леопольда);
- низкое стояние дна матки;
- живот вытянут в поперечном направлении с двумя большими частями плода в боковых отделах;
- при вагинальном исследовании предлежащая часть не определяется.

Лечение: все беременные с поперечным положением плода подлежат госпитализации в дородовое отделение при сроке беременности 36—37 нед или при любом сроке в случае развития родовой деятельности. Тактика ведения родов определяется сроками беременности, жизнеспособностью плода, его массой;

- при предполагаемой массе ребенка 1000—1500 г (срок беременности 28—30 нед) шансы выживания ребенка весьма невысоки. Кесарево сечение нецелесообразно. Возможны спонтанные роды или перевод плода в продольное положение;
- при массе 1500—2000 г (срок беременности 30—33 нед) — при отсутствии эффекта от корригирующей гимнастики возможны роды через естественные родовые пути (поворот плода на ножку) либо операцией кесарева

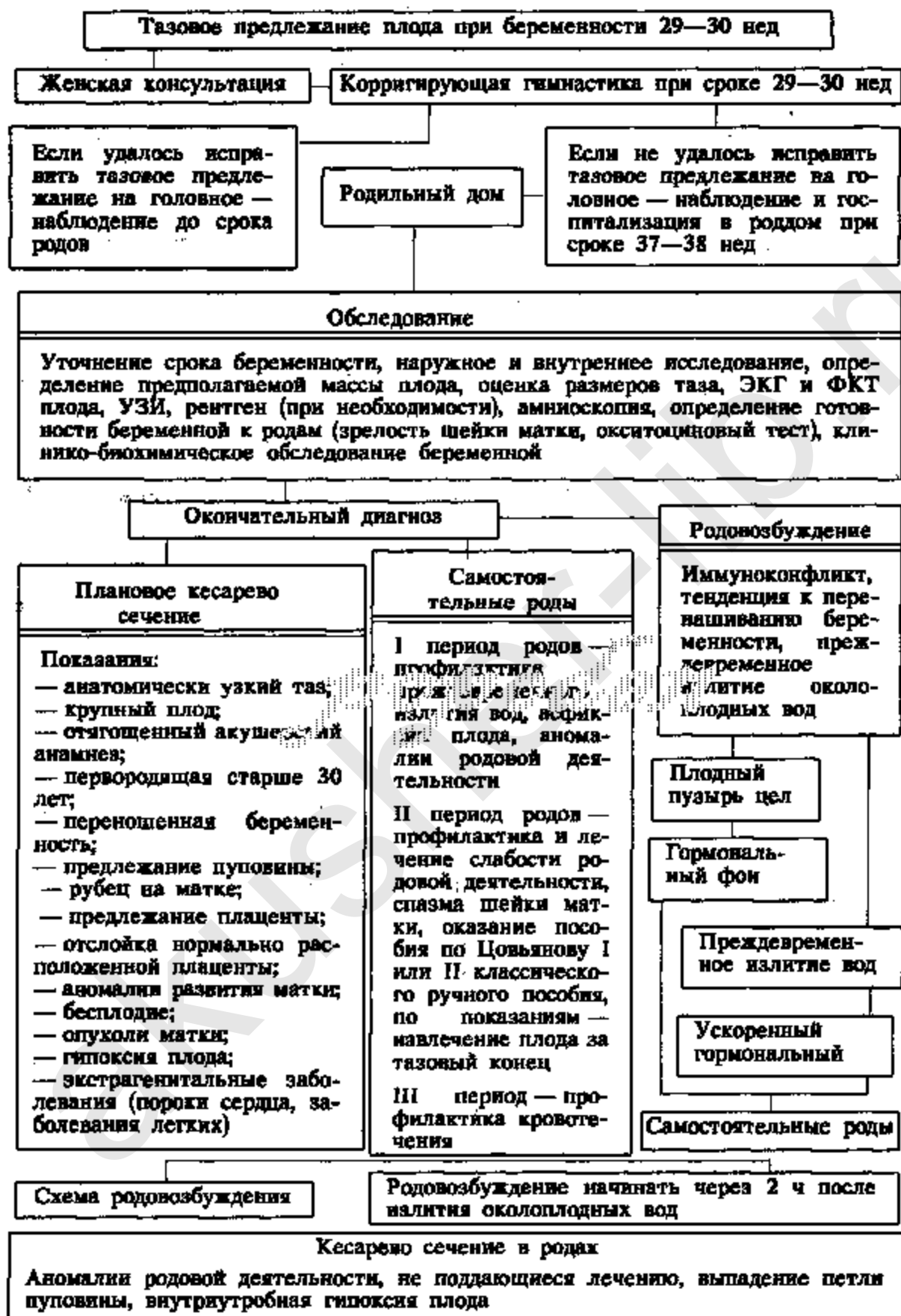


Схема 10. Алгоритм применения диагностических и лечебных мероприятий при тазовом предлежании плода.

сечения. В этом случае велика опасность для ребенка (гнилиновые мембраны);

- при доношенной беременности масса плода больше 2500 г (срок беременности больше 36 нед) при живом плоде показано плановое кесарево сечение. При мертвом плоде или при запущенном поперечном положении — плодоразрушающие операции.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА

Определение: асфиксия новорожденного — синдром, характеризующийся отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными и неэффективными дыхательными движениями при рождении у ребенка с наличием сердечной деятельности. Она является критическим состоянием новорожденного, обусловленным снижением напряжения кислорода в крови и клинически проявляющимся отсутствием дыхания и нарушением сердечной деятельности.

Асфиксии всегда сопутствуют сжатым внутриутробной гипоксии, которые следует рассматривать как стадии единого патофизиологического процесса.

Ведущий симптом: изменение частоты сердцебиения плода и/или наличие в околоплодных водах мекония. Физиологические колебания частоты сердечных сокращений составляют от 120 до 160 в 1 мин.

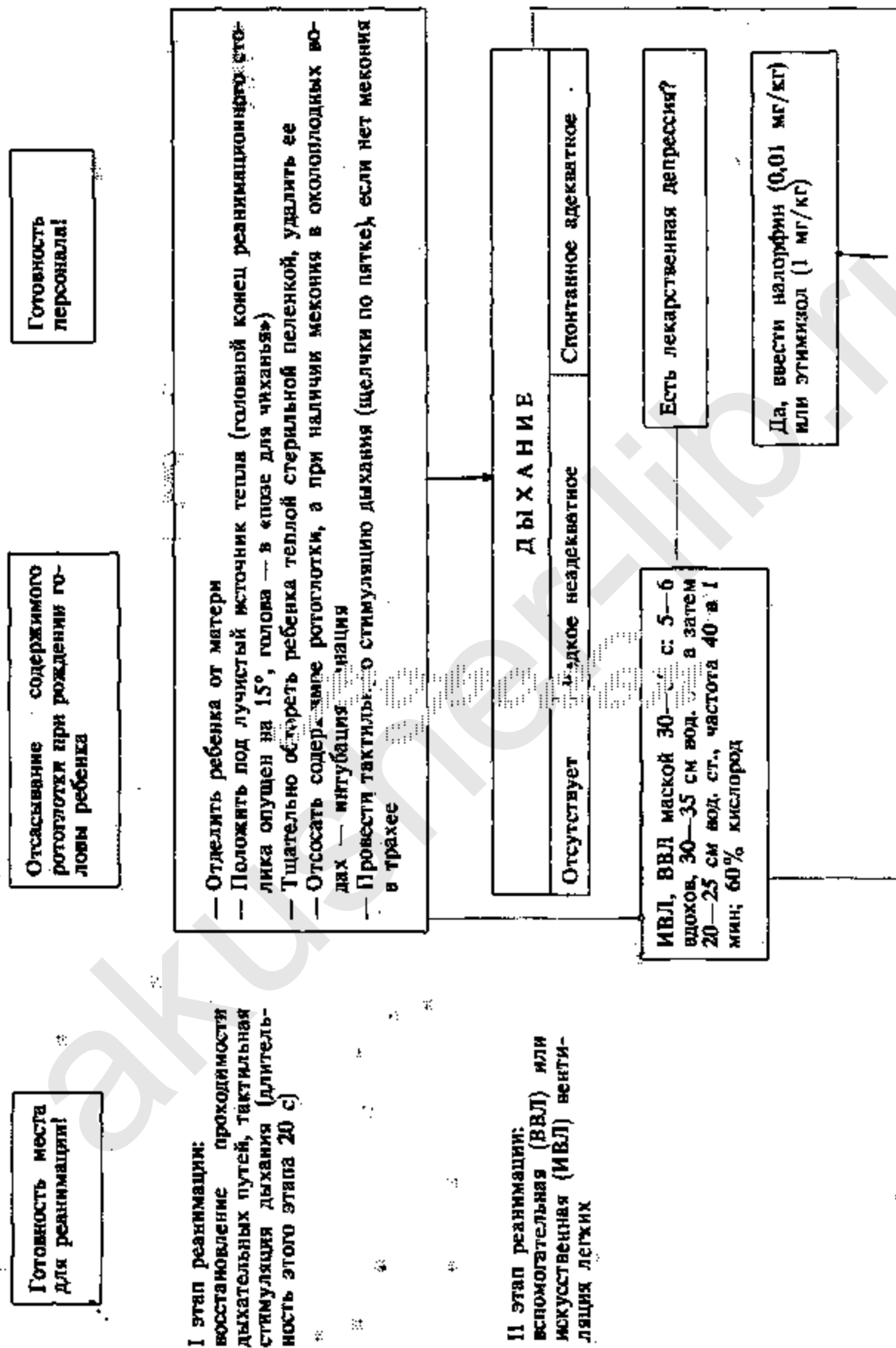
Причины:

Пренатальные факторы:

- плацентарная недостаточность;
- гестоз;
- переношенная беременность;
- сахарный диабет;
- серологический конфликт;
- анемии;
- хроническая дыхательная недостаточность;
- сердечная недостаточность;
- заболевания почек;
- инфекционные заболевания (листериоз, токсоплазмоз, краснуха).

Интранатальные факторы:

- кровотечение (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты);



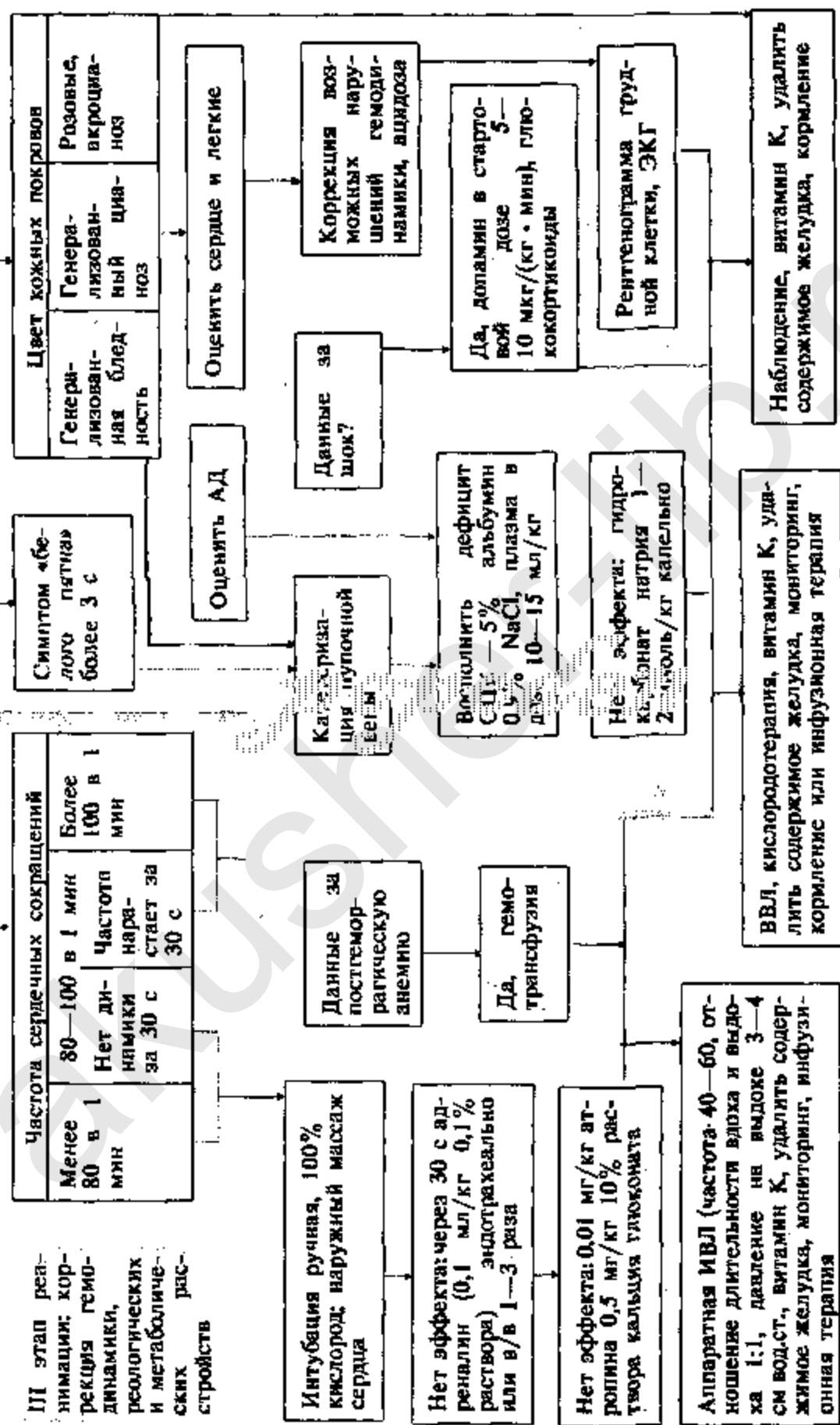


Схема 11. Алгоритм первичной помощи новорожденному.

- оперативное родоразрешение;
- неправильное положение плода;
- обвитие пуповиной;
- аномалии родовой деятельности (слабость родовой деятельности, чрезмерная родовая деятельность, дискоординированная родовая деятельность).

Диагностика:

- а) оценка сердечной деятельности;
- б) исследование околоплодных вод:
 - амниоскопия (наличие мекония и окрашивание меконием околоплодных вод; уменьшение количества амниотической жидкости);
 - биохимическое исследование околоплодных вод (при гипоксии плода рН ниже 7,02 кПа, P_{CO_2} выше 7,33 кПа, P_{O_2} ниже 10,66 кПа, концентрация калия выше 5,5 ммоль/л, мочевины — выше 7,5 ммоль/л;
- в) выделение эстриола с мочой (уменьшение содержания эстриола с 9 до 5 мг/сут свидетельствует о страдании плода).

Алгоритм лечения новорожденного, родившегося в состоянии гипоксии или асфиксии, приведен на схеме 11.

ГЛАВА 3

ФАРМАКОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

РЕЦЕПТУРА ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Токолитики

Rp.: Tab. Bricanyli 0,0025 N. 20

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Rp.: Partusistenl 10 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы.

#

Rp.: Orciprenolini sulfatis 10 ml D.t.d.N. 10 in amp.

S. Внутривенно по 0,25—0,5 мг медленно, в изотоническом растворе натрия хлорида.

*Rp.: Salbutamoli 5 ml D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида.

#

Противосудорожные средства

Rp.: Sol. Aminazini 2,5% 1 ml

D.t.d.N. 6 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно. Развести в 5 мл 0,5% раствора новокаина.

#

Rp.: Sol. Droperidoli 0,25% 10 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 1 — 2 мл внутримышечно.

#

*Rp.: Sol. Relanii 0,5% 2 ml

D.t.d.N. 6 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно.

#

Rp.: Sol. Promedoli 2% 1 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутривенно с дроперидолом.

#

Rp.: Sol. Magnesiumi sulfatis 25% 10 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутримышечно.

#

Rp.: Sol. Natrii oxybutiratis 20% 10 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно в 20 мл 20% раствора глюкозы.

#

Препараты утеротонического действия

Rp.: Sol. Methylexometrini 0,02% 1 ml

D.t.d.N. 5 in amp.

S. Ввести внутривенно 1 мл в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида.

#

Rp.: Oxytocini 1 ml (5 ЕД)

D.t.d.N. 5 in amp.

S. Содержимое 1 ампулы (5 ЕД) вводить внутривенно капельно в 500 мл 5% раствора глюкозы (начинать введение с 5—8 капель в минуту, затем количество капель постепенно увеличивают на 5 капель каждые 5—10 мин, но не более 40 капель в минуту до установления энергичной родовой деятельности).

#

* См. рекламное сообщение на форзаце.

- Rp.: Sol. «Eszaprost-F» 0,005
D.t.d.N. 5 in amp.
S. Содержимое 1 ампулы вводить внутривенно капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы. #
- Rp.: Tab. Ergotali 0,001 N. 10
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день. #
- Rp.: Tab. Cotarnini chloridi 0,05 N. 20
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день. #
- Rp.: Extr. Bursae pastoris fluidi 25 ml
D.S. По 20—25 капель 2—3 раза в день. #
- Rp.: Tinc. Polygoni hydroperidis 25 ml
D.S. По 25 капель 3 раза в день. #
- Rp.: Pituitrini 1 ml (5 ЕД)
D.t.d.N. 6 in amp.
S. Содержимое 2 ампул вводить внутривенно капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы. #
- Rp.: Mastomorphysini 1 ml
D.t.d.N. 6 in amp.
S. По 0,3 — 0,5 мл в мышцу через каждые 30 мин (не более 6 инъекций). #
- Rp.: Chlmini hydrochloridi 0,1
D.t.d.N. 12 in caps.gelat.
S. По 1 капсуле каждые 4 ч. #

Препараты, влияющие на свертывание крови

Антикоагулянты прямого действия

- *Rp.: Heparini 5 ml (5000 ЕД)
D.t.d.N. 5 in amp.
S. Внутривенно или внутримышечно через каждые 4 ч, подкожно — через каждые 8—12 ч можно вводить капельно внутривенно или внутриартериально, напр. по 1 мл в 150 мл 5% раствора глюкозы. Доза индивидуальна. #

Антикоагулянты непрямого действия

- Rp.: Tab. Neodicumarini 0,1 N. 30
D.S. По 3 таблетки в 1-й день с последующим снижением дозы в зависимости от содержания протромбина крови. #

- Rp.: Tab. Phenylini 0,03 N. 30
 D.S. По 0,008 — 0,016 в 1-й день с последующим снижением дозировки в зависимости от содержания протромбина крови.
 #

Антигеморрагические и гемостатические средства

- Rp.: Sol. Protamini sulfatis 1% 5 ml
 D.t.d.N. 6 in amp.
 S. По 1 мл в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно.
 #
- Rp.: Sol. Acidi aminocaproici 5% 100 ml
 Sterilisetur!
 D.S. Внутривенно капельно.
 #
- Rp.: Sol. Aetamsilati 12,5% 2 ml
 D.t.d.N. 10 in amp.
 S. По 4 мл внутривенно.
 #
- Rp.: Tab. Aetamsilati 0,25 N. 100
 D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.
 #
- Rp.: Tab. Vikasoli 0,015 N. 30
 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.
 #
- Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% 5 ml
 D.t.d.N. 10 in amp.
 S. По 10 мл внутривенно медленно или капельно.
 #
- Rp.: «Trasylob» 5 ml
 D.t.d.N. 10 in amp.
 S. По 5 мл внутривенно капельно в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида.
 #
- Rp.: Tab. Calcii gluconatis 0,5 N. 20
 D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.
 #
- Rp.: Spongiae haemostaticae 1,0
 D.S. Местно.

Спазмолитики

- Rp.: Sol. Euphylini 24% 1 ml
 D.t.d.N. 10 in amp.
 S. Вводить внутримышечно по 1 мл 1—2 раза в день.
 #
- Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% 2 ml
 D.t.d.N. 10 in amp.
 S. По 2 мл внутримышечно.
 #

- Rp.: Sol. Dibazoli 1% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. Подкожно по 1 мл. #
- Rp.: «Maxigan» 5 ml
D.t.d.N. 5 in amp.
S. По 5 мл внутривенно медленно. #
- Rp.: Tab. Methacini 0,002 N. 10
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день. #
- Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1% 1 ml
D.t.d.N. 6 in amp.
S. До 1 мл внутримышечно. #

Гормональные препараты

- Rp.: Tab.Cyclo-Proginoва N. 21
D.S. По 1 таблетке 1 раз в день по схеме. #
- Rp.: Tab.Proginoва 21 mite N. 21
D.S. По 1 таблетке 1 раз в день по схеме. #
- Rp.: Pregnyl 1500 IU
D.S. Применять по схеме. Для индукции овуляции или поддержания желтого тела. #
- Rp.: Zoladex 0,036 (3,6 мг)
D.S. Одну дозу депо-препарата вводят подкожно в переднюю брюшную стенку каждые 28 дней. #
- Rp.: Humegon 150 IU
D.S. Для стимуляции созревания фолликула. #

Витамины и средства, влияющие на тканевой обмен

- Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в день. #
- Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно. #

- Rp.: Sol. Pyridoxini 5% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.
#
- Rp.: Tab. «Ascorutinum» N. 30
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.
#
- *Rp.: Sol. Cocarboxylati 0,05
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 50 мг внутривенно в составе энергетической смеси.
#
- Rp.: Sol. Natrii adenosintriphosphatis 1% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно.
#
- Rp.: Sol. Glucosae 40% 20 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 20 мл внутривенно.
#
- Rp.: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 50% 0,2
D.t.d.N. 20 in caps.
S. По 1 капсуле 2 раза в день.
#

Средства для коррекции гемоглобина

Препараты крови и ее компоненты

Кровь цельная донорская во флаконе или контейнере по 200—400 мл.
#

Аутокровь криоконсервированная в контейнерах по 200—400 мл.
#

Аутоплазма криоконсервированная.
#

Эритроцитарная взвесь.
#

Эритроцитарная масса.
#

Отмытые эритроциты.
#

Тромбоцитарная взвесь.
#

Плазмозамещающие растворы

Rp.: Polyglucini 400 ml
D.S. Внутривенно капельно.
#

- Rp: Rheopolyglucini 400 ml
D.S. Внутривенно капельно.
#
- Rp: Rheoglumani 200 ml
D.S. Внутривенно капельно.
#
- Rp: Haemodesi 400 ml
D.S. Внутривенно капельно.
#
- Rp: Sol. Glucosae 5% 400 ml
Sterilisetur!
D.S. Внутривенно капельно.
#
- Rp: Sol. Natrii chloridi 0,9% 400 ml
Sterilisetur!
D.S. Внутривенно капельно.
#
- Rp: Disoli 400 ml
D.S. Внутривенно капельно.
#
- Rp: Ausoli 400 ml
D.S. Внутривенно капельно.
#

Средства антибактериальной терапии

Пенициллины

- Rp: Benzylpenicillini-natrii 200000 ЕД
D.t.d.N. 12
S. Внутримышечно по 200000 ЕД через 4—6 ч; растворить непосредственно перед введением в 2 мл 0,5% раствора новокаина.
#
- Rp: Methicillini-natrii 1,0
D.t.d.N. 10
S. По 1 г внутримышечно каждые 6 ч. Растворить перед употреблением в 1,5 мл воды для инъекций.
#
- Rp: Oxacillini-natrii 0,25
D.t.d.N. 50 in caps. gelat.
S. По 2 капсулы (таблетки) 4 раза в день Принимать за 1 ч до еды.
#
- Rp: Ampicillini-natrii 0,5
D.t.d.N. 10
S. Внутримышечно по 0,5 каждые 4—6 ч. Предварительно растворить в 2 мл воды для инъекций.
#
- Rp: Carbencillini 0,5
D.t.d.N. 10
S. Внутримышечно каждые 4—6 ч по 0,5. Предварительно растворить в 2 мл воды для инъекций.
#

Rp: Azlocillini 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутримышечно по 2,0 через 6 ч. Предварительно растворить в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Mezlocillini 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутримышечно или внутривенно по 2 мл 3 раза в сутки.

#

Rp: Tabul. Unasyn 0,375 N. 50
D.S. По 1—2 таблетки 2 раза в день.

Цефалоспорины

Rp: Cefaloridini 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутримышечно по 1,0 через 6 ч. Перед употреблением развести в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Cefalexini 0,25
D.t.d.N. 10
S. По 1,0 внутримышечно через 6 ч. Перед употреблением развести в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Cefalexini 0,25
D.t.d.N. 50 in caps.
S. По 1 капсуле 4 раза в сутки.

#

Rp: Cefalotini 0,5
D.t.d.N. 10
S. Внутривенно по 0,5 через 4—6 ч. Предварительно развести в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Cefazolini 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутримышечно по 0,5—1,0 через 8 ч. Предварительно развести в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Cefamandoli 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутривенно по 1,0 2—3 раза в сутки. Предварительно развести в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Cefuroximi 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутривенно по 1,0 2—3 раза в сутки. Предварительно развести в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp: Cefotaxidimi 0,5
D.t.d.N. 10
S. По 1,0 внутривенно или внутримышечно через каждые 8—12 ч. Предварительно растворить в 2 мл воды для инъекций.

#

Rp.: Cefotaximi 1,0

D.t.d.N. 10

S. По 1,0 внутримышечно или внутривенно 2—3 раза в сутки. Предварительно развести в 2 мл воды для инъекций.

Макролиды

Rp.: Erythromycini 0,25

D.t.d.N. 30 in tabul.

S. По 1 таблетке 4 раза в сутки.

#

Rp.: Tab. Oleandomycini phosphatis obductae 0,125 N. 30

S. По 2 таблетки 4—6 раз в день.

#

Rp.: Tab. Azitromycini 0,25 N. 6

S. В первый день 500 мг однократно; со второго по пятый дни по 250 мг один раз в сутки.

#

Аминогликозиды

Rp.: Kanamycini sulfatis 0,5

D.t.d.N. 6

S. Содержимое флакона растворить в 3 мл 0,2% раствора новокаина. Вводить внутримышечно.

#

Rp.: Gentamycini 0,08

D.t.d.N. 10

S. Содержимое флакона растворить в 3 мл воды для инъекций. Вводить внутримышечно или внутривенно.

#

Rp.: Tobromycini 0,04

D.t.d.N. 10

S. Содержимое флакона растворить в 3 мл воды для инъекций. Вводить внутримышечно 3 раза в сутки.

#

Rp.: Sol. Sisomycini 5% 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно или внутривенно капельно 2 раза в сутки.

#

Rp.: Sol. Amikacini 2 ml (500 mg)

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно 2—3 раза в сутки.

#

Тетрациклины

Rp.: Tab. Tetracyclini hydrochloridi 0,1 N. 30

D.S. По 2 таблетки 3—4 раза в сутки (после еды).

#

Rp.: Methacyclini hydrochloridi 0,3

D.t.d.N. 32 in caps.

S. По 1 капсуле 2 раза в день.

#

Rp.: Doxycyclini hydrochloridi 0,1

D.t.d.N. 10 in caps. gelat.

S. 0,3 однократно в 1-й прием, затем по 0,1 с интервалом в 6 ч. Курсовая доза 0,5.

#

Антибиотики разных групп

Rp.: Tab. Levomycetini 0,25 N. 10

D.S. По 2 таблетки 4 — 6 раз в день.

#

Rp.: Sol. Lincomycini hydrochloridi 30% 1 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно через 8 ч.

#

Rp.: Sol. Clindamycini 2 ml (300 mg)

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 0,3 внутримышечно каждые 8 ч или внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида.

#

Rp.: Cleocini 2% 40,0

D.S. Вагинальный крем вводить по 5 г ежедневно в течение 7—8 дней.

#

Rp.: Sol. Vancomycini 0

D.t.d.N. 10

S. Внутривенно капельно, предварительно растворив в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида 2—4 раза в сутки.

#

Rp.: «Polyginal»

D.t.d.N. 12 in ovul.vaginalis

S. По 1 овуле ежедневно в течение 12 дней.

#

Группа хинолонов

Rp.: Ciprofloxacini 0,25

D.t.d.N. 10 in tabul.

S. По 250 мг 1 — 2 раза в день.

#

Rp.: Ofloxacini 0,2

D.t.d.N. 10 in tabul.

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Rp.: Norfloxacini 0,4

D.t.d.N. 10 in tabul.

S. По 400 мг 2 раза в сутки.

#

Rp.: Tab. Lomefloxacinі 0,4 N. 10

D.S. По 1 таблетке 1 раз в день в течение 5—7 дней.

#

Противогрибковые антибиотики

Rp.: Tab. Nystatini obductae 250000 ЕД N. 40

D.S. По 2 таблетки 3—4 раза в день.

#

Rp.: Tab. Levorini 500000 ЕД N. 40

D.S. По 1 таблетке 3—4 раза в день.

Леворидон 4 мг (200000 ЕД)

#

Rp.: Gyno-Travogen 0,6

D.t.d.N. 1 in ocul.vaginalis

S. Интравагинально однократно.

#

Rp.: Flukonazoli 0,15

D.t.d.N. 5 in caps.gelat.

S. По 1 капсуле однократно в день.

#

Rp.: Pimafucini 0,025

D.t.d.N. 20 in tabul. vaginalis

S. По 1 таблетке местно во влагалище
2 раза в день.

#

*Rp.: Ung. Clotrimazoli 0,1

D.S. (мазь вагинальная) и промывания

утром и вечером.

#

*Rp.: Clotrimazoli 0,1

D.t.d. N. 6 in tabul. vaginalis

S. По 1 таблетке местно во влагалище 1 раз в день вечером.

#

5-нитроимидазолы

*Rp.: Metronidazoli 0,25

D.t.d.N. 10 in tabul.

S. По 1 таблетке 3 раза в сутки.

#

Rp.: Sol.Metrogil 100 ml

D.S. Внутривенно 2—3 раза в сутки.

#

*Rp.: Tinidazoli 0,5

D.t.d.N. 4 in tabul.

S. По 1 таблетке 2 раза в сутки или
4 таблетки однократно.

#

Rp.: Sol.Tricanix 100 ml

D.S. Внутривенно 2—3 раза в сутки.

#

Комбинированные антибактериальные препараты

Rp.: African 0,25
D.t.d.N. 8 in caps.
S. По 2 капсулы в день в течение 4 дней. (Для лечения кандидоза и трихомониаза)

#

Rp.: Gyno-Ductarini 0,1
D.t.d.N. 15 in tabul. vaginalis
S. По 1 вагинальной таблетке местно 1 раз в день в течение 14—15 дней.

#

Препараты разных групп

Rp.: Cordiamini 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл подкожно.

#

Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% 1 ml
D.t.d.N. 6 in amp.
S. По 1 мл подкожно.

#

Rp.: Sol. Corrysoni 0,06% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутривенно медленно
в 20 мл 5% раствора глюкозы.

#

Rp.: Sol. Proserini 0,05% 1 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Furosemidi 1% 2 ml
D.t.d.N. 10 in amp.
S. По 2 мл внутривенно 1 раз в день.

#

Антигистаминные и десенсибилизирующие препараты

Rp.: Tab. Phencaroli 0,025 N. 50
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Rp.: Tab. Tavegill 0,001 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

- Rp.: Tavegili 2 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. Внутримышечно 1—2 раза в сутки.
 #
- Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20
 D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕПАРАТОВ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ И СИНДРОМАМ

Болевой синдром

Анальгетики:

- Rp.: Sol. Analgini 50% 2 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 2 мл внутримышечно.
 #
- Rp.: Ketorol 0,01
 D.t.d. N. 20 in tabul.
 S. По 1 таблетке 2 раза в день.
 #
- Rp.: Dragee Indometacini 0,025 N. 30
 D.S. По 1 драже 3—4 раза в день.
 #
- *Rp.: Tab. Ibuprofeni 0,2 N. 30
 D.S. По 2 таблетки, затем по
 1 таблетке 3—4 раза в день.
 #
- *Rp.: Tab. Naproxeni 0,25 N. 30
 D.S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день.
 #
- Rp.: Tab. «Baralginum» N. 20
 D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.
 #
- Rp.: Baralgin 5 ml
 D.S. По 5 мл внутримышечно 2—3 раза в день.
 #
- Rp.: Thalamonal 2 ml
 D.t.d. N. 6 in amp.
 S. По 2 мл внутривенно.
 #
- Rp.: Sol. Droperidoli 0,25% 10 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 1—2 мл внутримышечно.
 #

- *Rp.: Sol. Phentanyli 0,05% 2 ml
D.t.d. N 10 in amp.
S. По 1—2 мл внутримышечно.
#
- Rp.: Moradoli 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл внутримышечно 3—4 раза в сутки.
#
- Rp.: Tramali 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл внутримышечно 3—4 раза в сутки.
#
- Rp.: Dragee Tipheni 0,03 N. 50
D.S. По 1 драже 3 раза в день.
#
- Rp.: Tab. Dipropheni 0,025 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.
#
- Rp.: Tab. Halidori 0,1 N. 60
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.
#
- Rp.: Sol. Halidori 2,5% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки.
#
- Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки.
#
- Rp.: Tab. Papaverini hydrochloridi 0,54 N. 20
D.S. По 2 таблетки 2 раза в день.
#

ХОЛИНОЛИТИКИ

- Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1,0 мл подкожно.
#
- Rp.: Sol. Platyphyllini hydrotatratris 0,2% 1ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл подкожно.
#
- Rp.: Sol. Methacini 0,1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл подкожно.
#
- Rp.: Tab. Troscini 0,01 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.
#
- Rp.: Spasmolitini 0,1
Sacchari 0,2
M.f. pulv. D.t.d.N. 60
S. По 1 порошку 3 раза в день.
#

Rp.: Tab. «Bellataminalum» N. 50
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Rp.: Tab. «Belloidum» N. 50
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Ганглиоблокаторы

Rp.: Sol. Pentamini 5% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Tab. Dimocolini 0,025 N. 50
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Физические методы лечения

- 1) диатермия области солнечного сплетения;
- 2) ультразвук с латием, биокартаном;
- 3) электрофорез новокаина;
- 4) дидинамотерапия;
- 5) чрескожная электростимуляция аппаратом «Элимак 46-1.М», «Дельта 101».

Лидорадка

Rp.: Tab. Ac. acetylsalicylici 0.25 N. 20
D.S. По 1 таблетке 3—4 раза в день.

#

Rp.: Sol. Natrii salicylatis 10% 5 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 5—10 мл внутривенно (медленно) 2 раза в день.

#

Rp.: Aspisoli 5 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
По 5 мл внутримышечно 1—2 раза в сутки.

#

Rp.: Sol. Analgini 50% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл внутримышечно 2—3 раза в сутки.

#

Rp.: Tab. Analgini 0.5 N. 10
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

#

Rp.: Tab. «Pentalginum» N. 10
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

#

Кровотечения

Общее лечение:

- психотерапия;
- диета: полусырая печень, творог, орехи, сок граната.

Гемотрансфузионная терапия (компоненты и препараты крови)

- переливание крови (теплой донорской, прямое);
- переливание эритроконцентрата, эритромаcсы;
- переливание плазмы нативной, сухой лиофилизированной плазмы;
- Sol. Albumini 5%, 10%, 20%, 200—400 ml;
- Proteini 250—500 ml

Противоанемические препараты

Rp.: Caps. Ferri reducti 1,0 N. 40

D.S. По 1 капсуле 3 раза в день после еды.

#

Rp.: Tab. «Haemostimulin» N. 50

D.S. По 1—2 таблетке 3 раза в день после еды.

#

Rp.: Dragee «Ferroplex» N. 100

D.S. По 2 драже 3 раза в день.

#

*Rp.: Hemoferi 10 ml.

D.S. По 20 капель 1 раз в день во время еды.

#

Rp.: Tab. «Tardiferonum» N. 20

D.S. По 1 таблетке 1—2 раза в день.

#

Rp.: Percoveni 5 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. В первые два дня по 2 мл, в последующие по 5 мл в вену медленно на 15 мл изотонического раствора натрия хлорида.

#

Rp.: Vitohepati 2 ml

D.t.d. N. 12 in amp. S. По 2 мл внутримышечно.

#

Rp.: Ferrum Lec 5 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. В 1-й день 2,5 мл внутривенно в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида; во 2-й — 5 мл внутривенно медленно; в 3-й — 10 мл внутривенно; затем по 10 мл по 2 раза в неделю.

#

* См. рекламу фирмы Ciesh на форзаце.

Гемостатические средства

- Rp.: Sol. Serotonini adipinatis 1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Развести 1 мл препарата в 100—150 мл изотонического раствора натрия хлорида, вводить внутривенно капельно, но не более 30 капель в минуту.
- #
- Rp.: Fibrinogeni 1,0
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Содержимое флакона растворить в воде, вводить в вену капельно через систему с фильтром.
- #
- Rp.: Sol. Gelatinae medicinalis 10 % 10 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 10—20 мл внутривенно, предварительно подогреть до температуры тела.
- #
- Rp.: Sol. Etamsylati 12,5% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2—4 мл внутримышечно.
- #
- Rp.: Thrombini 125 EA
D.t.d. N. 10
S. Содержимое флакона растворить в изотоническом растворе натрия хлорида и пропитать стерильную гемостатическую губку.
- Rp.: Etamsylati 0,25
D.t.d. 10 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2 раза в день.
- #
- Rp.: Sol. Acidi aminosarponici 5% 100 ml
D.S. Внутривенно, капельно.
- #

Витаминотерапия

- Rp.: Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,44% 10 ml
D.S. По 2—3 капли 3 раза в день.
- #
- Rp.: Sol. Riboflavini mononucleotidi 0,1% 1 ml
D.t.d. N. 15 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.
- #
- Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл внутримышечно.
- #
- Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в день.
- #

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 5% 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Tab. Vikasoli 0,015 N. 10

D.S. По 1 таб. 3 раза в день.

#

Rp.: Sol. Vikasoli 1% 1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Сокращающие матку средства

Rp.: Oxytocini 1 ml (5 ЕД)

D.t.d. N. 5 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Sol. Methylegometrini 0,02% 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Sol. Ergometrini maleatis 0,02 % 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Pituitrini 1 (5 ЕД)

D.t.d. N. 12 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Cotarnini chloridi 0,05

D.t.d. N. 20 in tabul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

#

Rp.: Tab. Dinoprostoni 0,0005 N 10

D.S. По 1—2 таблетки.

#

Rp.: Tab. Ergotali 0,001 N. 20

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Rp.: Supp. «Methyldinoprost» N. 10

D.S. По 1—2 свечи для усиления сокращений матки.

#

Rp.: Sol. Ergotali 0,05% 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл подкожно 2 раза в день.

#

Rp.: Sol. Isoverini 2% — 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

#

Rp.: Prostaglandini F_{2a} 0,005

D.t.d. N. 10 in amp.

S. Содержимое ампулы растворить в 500 мл 5% раствора глюкозы, внутривенно капельно, 10—15 капель в 1 мин.

Плазмозамещающие растворы

- Rp.: Rheopolyglucini 400 ml
D.t.d. N. 5
S. Для внутривенного введения.
#
- Rp.: Polyberi 400 ml
D.S. Для инфузионной терапии.
#
- Rp.: Rondex 400 ml
D.t.d. N. 5
S. Для инфузионной терапии.
#
- Rp.: Haemodezi 400 ml.
D.t.d. N. 2
S. Для инфузионной терапии.
#
- Rp.: Rheoglucani 400 ml
D.t.d. N. 5
S. Для инфузионной терапии.
#
- Rp.: Gelatinoli 450 ml.
D.t.d. N. 2
S. Для инфузионной терапии.
#
- Rp.: Polyglucini 400 ml.
D.t.d. N. 5
S. Для инфузионной терапии.
#

Кристаллоидные растворы

- Rp.: Ringeri 400 ml
Sol. Glucosi 10% 400 ml
Insulini 10 ЕД
Sol. Natrii chloridi 0,9% 400 ml
Sol. «Lactosoli» 400 ml
D.S. Для внутривенного применения.

Применяются отечественные рас-
творы:
«Марусоль»,
«Трисоль»,
«Дисоль»

Физические методы лечения

1. Электрофорез кальция (в сочетании с микроклизмой).
2. Диатермия молочных желез.

Гормональный гемостаз

Гемостаз эстрогенами

- Rp.: Tab. Aethinyloestradioli 0,00001 N. 20
D.S. По 2 таблетки каждые 2 ч.
#

Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0,05% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. Каждые 2—4 часа внутримышечно по 2 мл.

#

Rp.: Sol. Synoestrolis oleosae 0,1% 1 ml
 D.t.d. N. 6 in amp.
 S. Каждые 2—4 часа внутримышечно по 1 мл.

#

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis 0,1% 1 ml
 D.t.d. N. 6 in amp.
 S. Каждые 2—4 часа внутримышечно по 1 мл.

Чтобы на спад эстрогенов не возникало повторное кровотечение, нужно продолжить лечение после прекращения кровотечения по 1 мл внутримышечно в течение 2—3 нед. Снижать дозы нужно постепенно 30—50%. Затем назначается прогестерон 1% 1 мл внутримышечно 7—8 дней или однократно 12,5% оксипрогестерона хапронат 2 мл внутримышечно.

Гемостаз прогестероном (осторожно при анемизации!):

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1 ml
 D.t.d. N. 8 in amp.
 S. Внутримышечно 1 раз в день, 7—8 дней по 1 мл.

#

Rp.: Tab. Praegnini 0,01 N. 20
 D.S. 5 раз в день, 7—8 дней по 2 таблетки 3 раза в день.

#

Rp.: Sol. Oxyprogesteroni capronatis oleosae 12,5% 2 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. Внутримышечно однократно 2 мл.

#

Водорастворимый прогестерон 20 мг внутривенно.

#

Гемостаз комбинацией эстрогенов с прогестероном

1. Синэстрал 0,1% 1 мл
 Прогестерон 1% 1 мл в одном шприце

#

Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 1% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 1 мл 2—3 раза в день, в течение 2—3 дней, затем прогестерон 1% 1 мл внутримышечно в течение 6 дней.

#

Гемостаз синтетическими прогестинами

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. Ифекундин | 3. Нон-овлон |
| 2. Бисекурин | 4. Овдон |

- | | |
|--------------|----------------|
| 5. Ригевидон | 10. Триквилар |
| 6. Овулен | 11. Демулен |
| 7. Ановлар | 12. Марвелон |
| 8. Метрулин | 13. Эгестренал |
| 9. Антеовин | |

По 4—6 таблеток в день (девочкам до 15 лет 2—3 таблетки в день) до остановки кровотечения, затем доза постепенно снижается на 1/2 таблетки в день до 1 таблетки и лечение продолжается 21 день, начиная от приема 1-й таблетки.

Лечение кровотечений в зависимости от возраста

В юном возрасте:

Гемостаз — преимущественно физиотерапевтическими методами, или эстрогенами, или синтетическими прогестинами.

Регуляция — прогестерон с 18-го по 25-й день цикла, синтетическими прогестинами с 15-го по 25-й день, гонадотропин 500 ЕД на 12—14—16-й дни цикла.

В детородном возрасте:

Гемостаз:

- выскабливание полости матки;
- вакуум-аспирация эндометрия;
- криодеструкция эндометрия;
- фотокоагуляция эндометрия гелий-неоновым лазером;
- электростимуляция шейки матки и заднего отдела влагалища;
- непрямая электростимуляция гипоталамуса с помощью высокой частоты;
- продольная индуктотермия головного мозга;
- шейно-лицевая гальванизация по Келлату;
- иглотерапия;
- прогестерон при отсутствии анемизации;
- эстрогены;
- синтетические прогестины.

Регуляция:

- прогестероном;
- синтетическими прогестинами;
- гонадотропинами;
- эстрогены с прогестероном.

Пример. Синэстрол 0,1% — 1 мл, через каждые 2—4 ч, Фолликулин 10 тыс. ЕД N. 3—4. После остановки кровотечения не более чем на 1/3 снижают дозу препарата до 1 мл синэстрола, при 10 тыс. ЕД фолликулина, вводя его сначала в 2, затем в 1 прием, в течение 2—3 нед. Затем прогестерон 1% 1 мл внутримышечно 6—8 дней или 2,5% прогестерона 1 мл 1 раз в 3—4 дня или однократно 1 мл 12,5% раствора 17-ОПК. Также в качестве гестагенного компонента норколут (10 мг в сутки), туринал, ацетомепрегенал (0,5 мг в сутки) — 8—10 дней.

При климактерических кровотечениях:

Гемостаз:

- выскабливание полости матки, цервикального канала (раздельное);
- прогестерон;
- синтетические прогестины;

Регуляция: андрогены — после 46 лет целесообразно; после 50 лет обязательно;

Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.

S. 1 мл внутримышечно через день, затем 2 раза в неделю; затем 1 раз в неделю до 750 мг на курс.

Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 5% 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. 2 раза в неделю, затем 1 раз в 2 нед до 750 мг на курс. Или 5% — 1 мл 1 раз в 4—5 дней, на курс 500—700 мг, 2—3 курса.

Терапия синтетическими прогестинами в зависимости от характера эндометрия и возраста больной

При гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия

Гестагены:	нокколут норэтистерон ретроиз гестанин оргаметрил	У женщин с 5-го по 25-й день цикла в течение 4—6 циклов У девушек с 15-го по 25-й день в течение 3—4 циклов
Комбинированные препараты:	Ановлар Антигест Овазистон Линдиол	

17-ОПК 12,5% — 1 мл 500 мг (4 ампулы) внутримышечно на 16-й или 18-й день цикла, в течение 4—6 циклов.

При аденоматозной и типической гиперплазии эндометрия.

У женщин молодого возраста (до 40 лет).

1. Синтетические прогестины в циклическом режиме (с 5-го по 25-й день цикла) в течение 6—12 мес.

2. 17-ОПК 12,5% — 4 ампулы внутривенно на 16-й или 18-й дни цикла.

У женщин среднего возраста (41—45 лет).

1. Синтетические прогестины в циклическом режиме (с 5-го по 25-й день цикла) в течение 6—12 мес.

2. 17-ОПК 12,5% — 4 ампулы внутривенно 1 раз в неделю в течение 6 месяцев.

У женщин старшего возраста (после 46 лет).

1. Синтетические прогестины по 1—2 таблетки ежедневно в постоянном режиме в течение 3 мес.

2. 17-ОПК 12,5% — 2 ампулы 1-й и 2-й месяцы — ежедневно; 3-й и 4-й месяцы — через день; 5-й и 6-й месяцы — 2 раза в неделю.

Контрольная биопсия через 3—6 мес!

При атрезии фолликула:

Бисекурин	Гравистан
Овидон	Эгестренол
Ригевидон	Эслютон
Овулен	Метрулен
Эугинол	

Эти препараты стимулируют гипоталамо-гипофизарную систему. При персистенции фолликулов:

1. Менопаузальный гонадотропин 100 ЕД на 5—7—9—11—13-й дни цикла.
2. Хорионический гонадотропин по 1500 ЕД на 13—15—17-й дни цикла.

Регулирующая циклическая терапия эстрогенами и прогестагенами

У юных: микрофалин 0,05 мг с 3-го по 15-й день цикла

или

12 дней цикла — эстрадиола дипропионат 0,1% 1 мл внутримышечно с 3-го по 15-й день цикла, затем чистые гестагены: туринал, норколут, ацетомепрегенол с 16-го по 25-й день цикла в течение 3 циклов с 3-месячным перерывом.

При атрофических мазках:

эстрадиола дипропионат 0,1% 1 мл внутримышечно, через неделю повторить, затем 17-ОПК 12,5% 1 мл внутримышечно или прогестерон 2,5% 2 мл 2 дня подряд.

При пролиферативных мазках:

12-й день цикла — синэстрол 0,1% 1 мл внутримышечно,

21-й день цикла — синэстрол 0,1% 1 мл с прогестероном 1% 2 мл внутримышечно,

22—23-й дни — прогестерон 1% 3 мл внутримышечно,

или

20-й день цикла 17-ОПК 12,5% 2 мл внутримышечно.

Если менструации, несмотря на ударные дозы прогестерона, остаются нерегулярными:

8-й день цикла — эстрадиол дипропионат 0,1% 1 мл внутримышечно,

14-й день цикла — эстрадиол дипропионат 0,1% 1 мл внутримышечно,

21-й день цикла — эстрадиол дипропионат 0,1% 1 мл внутримышечно, прогестерон 1% 3 мл внутримышечно,

22—23-й день цикла — прогестерон 1% 2 мл внутримышечно, 3 цикла.

Терапия в климактерическом периоде:

1. С 10-го по 20-й день цикла метилтестостерон 0,005 3 раза в день под язык; с 18-го дня прогестерон 1% 3 мл внутримышечно 3 дня;
2. Синтетические прогестины с 5-го по 25-й день цикла 3 курса.

У женщин старше 46 лет:

1. Тестостерон — пропионат 5% — 1 мл внутримышечно 3 раза в неделю — 2 недели; 2 раза в неделю — 3 недели; 1 раз в неделю, на курс 750 мг — 13 инъекций.
2. Метилтестостерон 0,005 3 раза в день под язык. На курс 2,5 г.
3. Сустанон 250 — 1 мл внутримышечно 1 раз в месяц, курс 3 мес.
4. Тестэнат 10% — 1 мл 1 раз в 2—3 нед.
5. Или сразу: 17-ОПК 12,5% — 2 мл 2 раза в неделю в течение 3 мес.

Рецидивирующие кровотечения при наличии фибромиомы и полипоза в анамнезе

1. В течение 6 мес — ударные дозы прогестерона.
2. Тестостерона пропионат 1% 1 мл на 25-й день цикла и в первый день месячных.

3. Сустанон 250 — 1 мл внутримышечно 1,5—2 мес.

4. 17-ОПК 12,5% 2 мл на 20-й день цикла в течение 3—4 циклов.

5. Метиландростендиол 0,025 по 1 таблетке ежедневно 30—40 дней.

Если после выскабливания полости матки больная получала адекватную терапию, то рецидив кровотечения требует уточнения диагноза, а не гормонального гемостаза.

Неспецифический вульвовагинит

Зуд вульвы

Местное лечение — смазывание зудящих мест составами:

Rp.: Ung. Locacorteni 15,0
D.S. Для смазывания больших и малых половых губ 2 раза в сутки.

Rp.: Ung. Phthorocorti 15,0
D.S. Для смазывания половых губ.

*Rp.: Ung. Prednisoloni 0,5% 15,0
D.S. Наружное.

Rp.: Ung. Celestoderm V 15,0
D.S. Наружное.

Rp.: Ung. Depersoloni 10,0
D.S. Наружное.

Rp.: Camphorae 0,5
Zinci oxydi 2,5
Talcı 47,0
M.f. pulv.
D.S. Присыпать поверхность наружных половых органов.

Rp.: Flores Chamomillae 50,0
D.S. Заварить по 1 столовой ложке на 1 л воды. Для спринцеваний, сидячих ванночек.

Rp.: Boracis 20,0
Glycerini 80,0
Mentholi 0,5
Anaesthesini 1,0
Folliculini 400000 ЕД
M.D.S. Для влагалищных тампонов и смазывания вульвы.

Rp.: Mentholi 1,0
Anaesthesini 3,0
Folliculini 300000 ЕД
Streptocidi alba 4,0
Ol. Vaselini 40,0
M.f. ung.
D.S. Наружное.

#

- Rp.: Ac. salicylici
Resorcini aa 0,5
Spiritus aethylici 70% 50 ml
M.D.S. Протирать зудящие участки.
#
- Rp.: Sol. Synoestrolis oleosae 0,1% 10,0
Ol. Vaselini 100,0
M.D.S. Наружное.
#
- *Rp.: Vagotili 250 ml
D.S. На 1 л воды 1—3 чайные ложки для спринцевания,
сидячих ванночек.
#
- При нестерпимом зуде:
Rp.: Sol. Dicaini 3% 2 ml
D.S. Для смазывания вульвы.
#
- Rp.: Sol. Novocaini 2% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Для блокады полового нерва.
#
- Rp.: Sol. Trimescaini 1% 2 ml
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. Для блокады полового нерва, анестезии вульвы.
#

Выделения из половых путей

- Rp.: Sol. Kalii permanganatis 1% 100 ml
D.S. По 1 чайной ложке на 1 л воды для спринцеваний.
#
- Rp.: Romasulani 100 ml
D.S. По 1 столовой ложке на 1 л воды.
#
- Rp.: Microcidi 100 ml
D.S. Для спринцеваний (развести в 200 мл воды).
#
- Rp.: Sol. Acidi borici 3% 1000 ml
D.S. Для спринцеваний
#
- Rp.: Sol. Acidi lactici 3% 1000 ml
D.S. По 100 мл вагинальные инсталляции 2 раза в день по
10—15 мин.
#
- Rp.: Sol. Chinosoli 5% 100 ml
D.S. По 2—3 столовые ложки на 1 л воды для спринцеваний.
#
- *Rp.: Vagotili 250 ml
D.S. 1 чайную ложку развести в 1 л воды, для спринцеваний.
#
- Rp.: Sol. Chlorophyllipti spirituosae 1% 100 ml
D.S. По 1 столовой ложке на 1 л воды для спринцеваний.
#

- Rp.: Flores Chamomillae 50,0
D.S. По 1 столовой ложке настоя на 1 л воды, для спринцеваний.
#
- Rp.: Sol. Chlorophyllipti oleosae 2% 100 ml
D.S. Для тампонов.
#
- Rp.: Ol. Pirrophaeae 100,0
D.S. Для тампонов.
#
- Rp.: Ung. Dalacini 2% 40,0
D.S. Содержимое одного аппликатора ввести во влагалище 1 раз в день. Курс лечения 7 дней.
#
- Rp.: Methronidasoli 3,0
Synoestroli 0,01
Ac. Ascorbinici 0,6
Retinoli acetatis oleosae 20 тыс. ЕД
Ol. Helianthi ad 100,0
M.D.S. Для тампонов 2 раза в день во влагалище.
#
- Rp.: Lactobacterinum siccum 3 дозы
D.t.d. N. 10
S. Содержимое ампулы развести в 5 мл кипяченой воды комнатной температуры, применять на тампоне вагинально на ночь и утром на 2—3 ч, курс 5—10 дней
#
- Rp.: Acilactum siccum 5 доз
D.t.d. N. 10
S. Содержимое флакона развести в 5 мл кипяченой воды комнатной температуры, применять на тампонах вагинально на ночь и утром на 2—3 ч, курс 5—7 дней.
#
- Rp.: Bifidumbacterinum 5 доз
D.t.d.N. 10 in sup. vaginalis
S. По 1 свече 2 раза в день в течение 5—7 дней.
- Аэрозольные препараты:**
- Rp.: Aerosoli «Oxycyclosolum»
D.S. Для введения во влагалище.
#
- Rp.: Aerosoli «Nitasolum» 60,0
D.S. Для введения во влагалище.
#
- Rp.: Aerosoli «Livian»
D.S. Для введения во влагалище.
#
- Rp.: Aerosoli «Laegratum»
D.S. Для введения во влагалище.
#
- Rp.: Ung. «Diotycolum» 50,0
D.S. Для тампонов.
#
- Rp.: Ung. «Laevosinum» 50,0
D.S. Для тампонов.
#
- Rp.: Ung. Dioxydini 5% 50,0
D.S. Для тампонов.
#

Галакторея

- Rp.: Tab. Bromcriptini (Parlodel) 0,0025 N. 30
 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день в течение 1 мес. 1-й день — 1/2 таблетки, 2-й день — 1/2 таблетки 2 раза в день, затем по 1/2 увеличивать в 2—3 дня до указанной дозировки.
 #
- Rp.: Tab. Methergolini 0,004 N. 20
 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.
 #
- Rp.: Tab. Thyreoidini obductae 0,1 N. 50
 D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.
 #
- Rp.: Tab. Lisenili forte N. 20
 D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.
 #
- Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки или через день, с 0,5 мл тестостерона пропионата N. 6.
 #
- Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 1% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 0,5 мл внутримышечно в одном шприце с эстрадиолом.
 #
- Rp.: Tab. «Microfolin-forte» N. 20
 D.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки с 1-го по 5-й, 7-й, 11-й, 14-й, 17-й, 20-й, 23-й, 26-й, 29-й дни условного цикла.
 #
- Rp.: Tab. Clomiphen citratis 0,05 N. 20
 D.S. По 1 таб. перед сном с 5-го по 10-й день цикла, при отсутствии эффекта лечение повторить.
 #
- Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 1 мл внутримышечно ежедневно с 15-го по 25-й день цикла.
 #
- Rp.: Tab. «Norcolut» N. 20
 D.S. По 2—3 таблетки в сутки с 15-го по 25-й день цикла.
 #

Аменорея первичная

1-й этап: проба на переносимость эстрогенов!

- Rp.: Tab. «Microfolini-forte» N. 20
 D.S. По 2 таблетки 1 раз в день в течение 2 нед.
 или #
- Rp.: Sol. Dimoestrolis oleosae 0,6% 2 ml
 D.t.d. N. 10 in amp
 S. 2 мл однократно, повторить через 10 дней.
 #

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 1 мл внутримышечно через два дня, курсами по 20 дней, в течение 3 мес.

#

Влагалищная диатермия.

2-й этап: циклическая гормонотерапия

Rp.: Tab. «Microfolini-forte» N. 20
 D.S. По 1 таблетке в 1—2—3—5—7-й дни.

#

или

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1 ml
 D.t.d. N. 10 in amp.
 S. По 1 мл внутримышечно в 1—2—3—5—7-й дни.

#

Rp.: Tab. «Microfolini-forte» N. 20
 D.S. На 9—11—13-й дни + Sol. Progesteroni 1% 1 ml внутримышечно.

#

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% — 1 ml.
 D.t.d. N 10 in amp.
 S. На 15—16—17—18—20—21-й дни по 1 мл внутримышечно. При отсутствии месячных через 10 дней курс повторяют.

#

ДИСМЕНОРЕЯ

Rp.: Tab. Naprosyli 0,25 N. 30
 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день, за 2—3 дня до месячных.

#

Rp.: Sol. Tocolpheroli acetatis oleosae 5% 50 ml
 D.S. По 1 чайной ложке в первые 3 дня месячных.

#

Rp.: Tab. Voltareni 0,025 N. 30
 D.S. По 1 таблетке 3—4 раза в день.

#

Rp.: Tab. No-spa 0,04 N. 50
 D.S. По 2 таблетки 3 раза в день.

#

*Rp.: Dr. Metindoli 0,025 N. 30
 D.S. По 2 таблетки 2 раза в день, за 2—3 дня до месячных, 3—4 цикла.

#

Rp.: Tab. «Аповлаги» N. 63
 D.S. По 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла, не менее 3 циклов.

#

Rp.: Tab. «Ноп-Овлони» N. 63
 D.S. По 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла, не менее 3 циклов.

Физические методы:

1. Электрофорез новокаина;
2. Ультразвук с биокорганом N. 3 — 3 курса.

Схема лечения 1

- 4—6—8—10—12-й дни цикла — эстрогены по 10 тыс. ЕД
 14—16—18-й дни цикла — эстрогены по 10 тыс. ЕД + прогестерон 1% раствор
 1 мл в одном шприце.
 20—21—22—23—24—25-й дни цикла — прогестерон 1% раствор 1 мл;
 10—12-й дни цикла — эстрогены;
 14—16—18-й дни цикла — эстрогены + прогестерон 1% раствор 1 мл;
 21—22—23-й дни цикла — прогестерон 1% раствор 3 мл внутримышечно.

Схема лечения 2

1-й этап:

Фолликулин 10 тыс. ЕД ежедневно 1—2 мес до заметного увеличения матки, или синэстрол 0,1% раствор 1 мл внутримышечно ежедневно 4—6 нед, или эстрадиола дипропионат 0,1% раствор 1 мл внутримышечно 2—3 мес; затем прогестерон 1% раствор 1 мл — 6—8 дней.

2-й этап:

Этинилэстрадиол (микрофоллин) 0,05 мг ежедневно с 5-го по 25-й день, норколут с 5-го по 25-й день

3-й этап:

Этинилэстрадиол 0,05 ежедневно с 5-го по 25-й день, ановлар с 15-го по 25-й день.

4-й этап:

Нон-овлон или овулен, или ановлар с 5-го по 25-й день.

Схема лечения 3

Микрофоллин 0,01 5 раз в неделю с 5-го по 25-й день, ановлар, нон-овлон 6—8 дней. Курс повторить 3—4 раза.

Аменорея вторичная

1-й этап:

проба с 1% раствором прогестерона 3 мл 3 дня.

2-й этап:

циклическая гормонотерапия:

12-й день цикла:

Rp.: Sol. Dimoestrolī oleosae 0,6% 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в неделю.

#

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно.

20-й день цикла:

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно однократно.

#

Rp.: Sol. Oxyprogesteroni capronatis oleosae 12,5% 2 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в неделю.

#

Одновременно:

Rp: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% 50 ml
D.S. По 1 чайной ложке 2 раза в день.

#

Rp: Ac. Folicum 0,001 N. 30
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Влагалищная диатермия.

Аменорея яичниковая

Rp: Sol. Dimoestrolis oleosae 0,6% 2 ml
D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в неделю. В течение 2—3 месяцев, по 20 дней, перерыв 8—10 дней. Последние три инъекции не должны превышать 1/2—1/4 начальной дозы.

#

Rp: Tab. «Microfolini-forte» N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 нед.

#

Rp: Tab. Praegniini 0,01 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день (под язык) в течение недели.

#

Аменорея психогенная

Rp: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% 50 ml
D.S. По 1 чайной ложке 2 раза в день.

#

Rp: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 50% 0,2
D.t.d. N. 20 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле в сутки.

#

Rp: Tab. Retinoli acetatis 0,0135 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#

Rp: Tab. Riboflavini 0,005 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

#

Rp: Tab. Pyrogallani 0,015 N. 20
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Rp: Tab. Peritoli 0,004 N. 20
D.S. По 1 таблетке 3—4 раза в день.

#

Rp: Tab. Diprazini 0,025 N. 10
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.

#

- Rp.: Histaglobulini 3 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1—2—3 мл подкожно через 2—4 дня.
#
- Rp.: Tab. Phencaroli 0,025 N. 50
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.
#
- Rp.: Tab. Tavegili 0,001 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.
#
- Rp.: Tavegili 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Внутримышечно 1—2 раза в сутки.
#
- Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день.
#
- Rp.: Tab. Ксанак 0,25 мг N. 10
D.S. По 1 таблетке 3 раза в сутки.
#
- Rp.: Proviron 25
D.t.d. N. 50 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день до заметного улучшения, в дальнейшем — по 1—2 таблетки ежедневно в течение нескольких месяцев. (Для лечения гипогонадизма, мужского бесплодия).

ГЛАВА 4

ФИТОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ И ПРЕПАРАТЫ ИЗ НИХ

Абрикос — *Armeniaca vulgaris* L. В мякоти плода содержатся сахара (до 27%), яблочная, лимонная, винная кислоты, пектин, крахмал, дубильные вещества, в 100 г продукта содержатся витамин С (до 70 мг), Р (до 450 мг), каротин (до 3,2 мг), минеральные соли: натрий (30 мг), калий (305 мг), кальций (2 мг), магний (19 мг), фосфор (26 мг), железо (2,1 мг). Высушенные фрукты (курага, кайса, урюк) содержат до 50% сахара, 3,4% органических кислот, до 2,1% пектиновых веществ, витамины, фосфор, кальций, калий.

В медицине абрикос используется как диетический продукт в свежем, сушеном и маринованном виде. Курагу ввиду высокого

содержания витаминов, а также калия и железа назначают беременным женщинам и больным анемией, а также больным с нарушением сердечного ритма, недостаточностью кровообращения и принимающим мочегонные средства и сердечные гликозиды.

Аир болотный — *Acorus calamus* L. Лекарственным сырьем служат корневища (без мелких корней). В них содержатся эфирное масло (до 5%), состоящее из бициклических монотерпенов — борнеола (3%), D-камфоры (до 9%), D-камфена (7%), фенолов и феноловых эфиров, в том числе азарона, являющегося главным носителем запаха аирного масла; горький гликозид акорин; дубильные вещества; аскорбиновая кислота (до 150 мг в 100 г), фитонциды, крахмал (до 20%). Корневище аира оказывает противовоспалительное действие. Отвар из корневищ аира рекомендуют беременным внутрь при гастритах, протекающих с пониженной кислотностью, гепатитах, холециститах. Отвар из корневищ аира применяют для спринцеваний при кольпитах, вызываемых кокковой и трихомонадной флорой. Препараты корневища аира назначают также при гипоменструальном синдроме, вторичной аменорее на почве недостаточной функции яичников, при понижении либидо (полового чувства) и патологически протекающем климаксе. Для лечения и профилактики мочекаменной и желчнокаменной болезни применяют препарат элиметин, в состав которого входит аирное масло; при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — препараты викалин и викаир, содержащие порошок корневищ аира.

Способ приготовления и применения. Отвар для спринцеваний: 30 г сухого корня заливают 1 л воды и кипятят 10 мин, процеживают. Спринцевания проводят 2 раза в день (утром и вечером). Отвар: 20 г корня на 200 мл воды. Применяют внутрь по 1/2 стакана 2 раза в день за полчаса до еды.

Аллилглицер — *Allilglycerum*. Препарат, полученный из сгущенной вытяжки лука и смешанный в соотношении 1:1 со стерильным глицерином. Применяют при трихомонадных кольпитах (лечение проводится только по указанию врача). Очищают влагалище, а затем вводят марлевую стерильную полоску (тампон) длиной 20—30 см и шириной 3 см, смоченную аллилглицером. Пропитанный препаратом тампон должен рыхло заполнить все своды влагалища. Продолжительность пребывания тампона во влагалище определяется чувствительностью больной. При первом сеансе его оставляют обычно на 6 ч, затем срок может быть увеличен до 12 ч. Тампон вводят ежедневно, лучше вечером. После удаления его спринцеваний не делают. Курс лечения — 15—20 процедур.

Алоэ древовидное — *Aloe arborescens Mill.* В листьях алоэ содержится алоэ-эмодин (около 2%). Из листьев других видов алоэ выделены антрагликозиды: алоин, наталоин и др.

Сок алоэ используют при дисплазии шейки матки; как слабительное при запорах у беременных, а также при хронической атонии кишок у женщин в климактерическом периоде. Экстракт алоэ жидкий (официальный препарат) назначают при вялотекущих воспалительных заболеваниях матки и придатков, для стимуляции рассасывания спаек в матке и трубах, воспалительных и рубцовых образований. Эффективен в послеоперационном периоде для усиления регенеративных процессов. Вводят подкожно по 1—2 мл. По опыту народной медицины прием отвара алоэ облегчает зачатие и поэтому может быть рекомендован при женском бесплодии.

Способ приготовления и применения. Сок алоэ получают выжиманием измельченных свежесобранных листьев. Применяют внутрь по столовой ложке 3 раза в день после еды или используют для смачивания тампонов, вводимых во влагалище или прикладываемых к шейке матки.

Анис обыкновенный — *Anisum vulgare Gaerth.* С лечебной целью применяют плоды аниса, заготавливаемые во время созревания. В них содержится 2—3% эфирного масла (главный компонент — анетол) и 0,5% эфирного масла, углекислые и минеральные вещества.

Препараты плодов аниса обыкновенного назначают для снятия спазма гладкой мускулатуры матки при болезненных менструациях, с целью повышения функции молочных желез, при гипогалактии после родов у кормящих матерей. Анис применяют при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, нарушениях пищеварения (метеоризм) и заболеваниях почек и мочевого пузыря (воспаление, мочекаменная болезнь). Анисовое масло — составная часть нашатырно-анисовых капель, грудного эликсира и других отхаркивающих средств.

Способ приготовления и применения. Настой: 1—2 чайные ложки измельченных плодов аниса заливают стаканом кипятка, настаивают 15 мин, принимают по 1/4 стакана 3—4 раза в день до еды. Настойку готовят из расчета 20 г плодов аниса на 100 мл 40% спирта этилового (водки). Назначают по 20—30 капель с небольшим количеством воды 2—3 раза в день.

Арбуз съедобный — *Citrullus lanatus.* В мякоти содержатся сахара (до 13%), пектиновые вещества, белки, кальций, магний, натрий, калий, фосфор, железо, витамины С, В₁, В₂, РР, каротин, фолиевая кислота, щелочные вещества.

Применение арбуза в медицине, в частности в акушерстве, обусловлено содержанием щелочных веществ, железа и мочегон-

ными свойствами. Арбуз используют в свежем виде до 2—2,5 кг в день при мочекаменной болезни, циститах, нефритах и пиелонефритах. Он не вызывает раздражения почек и мочевых путей, мочегонный эффект физиологичен. Содержание щелочных веществ регулирует кислотно-основное равновесие, вследствие чего арбуз применяют при ацидозах различного происхождения. Возможность употребления больших количеств арбузной мякоти, содержащей легкоусвояемое органическое железо, определяет использование арбуза при различного происхождения анемиях у беременных, во время лактации и других состояниях, связанных с дефицитом железа.

В народной медицине сухие и свежие корки арбуза используют в виде отвара как мочегонное средство.

Арника горная — *Arnica montana* L. Для медицинских целей в период полного цветения собирают цветочные корзинки трех видов арники: арника горная, арника Шамиссо, арника облиственная. Действие арники приписывают красящему веществу арнику. В цветочных корзинках содержатся также эфирное масло, каротиноиды, холин, бетаин, дубильные вещества, витамин С и стерины; органические кислоты.

Настойку из цветков арники применяют как кровоостанавливающее средство при послеродовых кровотечениях (субинволюция матки и т.п.) и кровотечениях, связанных с воспалительными заболеваниями, а также как желчегонное средство. Назначают при воспалительных заболеваниях половых органов, при недостаточной сократительной активности матки.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й к а** — галеновый препарат. Принимают по 30—40 капель 3 раза в день. **О т в а р:** 6 г измельченных цветков заливают стаканом воды, кипятят 10 мин, охлаждают и принимают по 1 столовой ложке 2—3 раза в день после еды.

Астрагал шерстистоцветковый — *Astragalus dasyanthus*. С медицинской целью используются листья, в корнях содержатся глицеризин, флавоноиды, микроэлементы. Применяют в виде настоя при токсикозах беременных, осложненных гипертонической болезнью или сердечно-сосудистой недостаточностью со склонностью к спазму коронарных сосудов.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 1 столовую ложку травы заливают стаканом кипятка, настаивают в течение 1 ч, процеживают и применяют по 1 столовой ложке 4 раза в день.

Бадан толстолистный — *Bergenia crassifolia* L. *Fritsch*. С медицинской целью собирают корневища. В них содержатся дубильные вещества (до 25%) типа галлотанина, изокумарин, сахара, много крахмала; в листьях — немного дубильных веществ (толь-

ко арбутина до 22%), свободная галловая кислота и гидрохинон. Листья бадана, богатые арбутином, служат сырьем для производства суммарных препаратов для лечения заболеваний мочевых путей, а также для производства чистого арбутина.

Препараты бадана обладают кровоостанавливающим, вяжущим, противовоспалительным и противомикробным свойствами. Их применяют при обильных менструациях на почве воспалительных процессов придатков; при геморрагических метрорпатиях, фибромиоме матки, кровотечениях после аборта, эрозии шейки матки. Используют при колитах недизентерийной природы, для смазывания десен при хронических воспалительных процессах в полости рта.

Способ приготовления и применения. Экстракт из корней бадана: 50 г корней с корневищами заливают 100 мл кипятка, упаривают до половинного объема, процеживают. Из этого экстракта готовят раствор для спринцеваний (1 столовую ложку экстракта на 1 л теплой воды). Сразу после спринцевания делают влагалищную ванночку из жидкого экстракта. Длительность процедуры 10—15 мин. Курс лечения — 2 нед.

Барбарис обыкновенный — *Berberis vulgaris* L. Для медицинских целей применяют листья, заготавливаемые в фазе бутонизации, и корни, служащие сырьем для получения алкалоида берберина.

В растении содержатся алкалоиды (основной берберин), в листьях — еще яблочная, валлиная, лимонная кислоты, витамин С, каротиноиды. Настойку из листьев барбариса назначают при атонических кровотечениях в послеродовом периоде, кровотечениях в климактерическом периоде, а также кровотечениях, связанных с воспалительными процессами. Настойка противопоказана (!) при беременности и кровотечениях, связанных с дисфункцией яичников и задержкой в матке частей плаценты.

Способ приготовления и применения. Настой: 1 чайную ложку измельченной коры, цветков и листьев заливают стаканом кипятка, настаивают 10 мин, процеживают и пьют по 1 стакану 2 раза в день после еды. Настойка — галеновый препарат. Назначают по 30—40 капель 2—3 раза в день.

Барвинок малый — *Vinca minor* L. Из листьев барвинка выделены алкалоиды винкамин (девинкан), минорин и др. Алкалоиды барвинка имеют некоторое сродство в химическом отношении с резерпином. В листьях содержатся также урсоловая кислота, витамин С (993 мг на 100 г), каротин, рутин, флавоноиды. В настоящее время препараты барвинка применяют при гипертонической болезни I и II стадий. Они уступают резерпину в гипотензивном эффекте; наиболее эффективен при церебральных формах гипертонической болезни. Экстракт из барвинка об-

ладает кровоостанавливающим действием. Кроме того, алкалоиды барвинка могут рассматриваться как антигипоксанты, улучшающие кислородтранспортную функцию крови.

Антигипоксическое действие препарата связывают со свойством его стимулировать синтез 2,3-дифосфоглицериновой кислоты. Листья барвинка используют как кровоостанавливающее средство при маточных кровотечениях в климактерический период, особенно при патологическом климаксе, протекающем с повышением артериального давления, головной болью.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку измельченных листьев заливают стаканом воды, кипятят 20 мин. Отвар выпивают в течение суток.

Беллатаминал — *Bellataminolum*. Беллатаминал — таблетки, покрытые оболочкой и содержащие сумму алкалоидов красавки (белладонны) — 0,1 мг, эрготамина тартрата — 0,3 мг и фенобарбитала — 20 мг. По составу и действию аналогичен препарату «Белласпон». Беллатаминал уменьшает возбудимость центральных и периферических адренергических и холинергических систем организма, оказывает успокаивающее влияние на центральную нервную систему.

Применяют (по 1 таблетке 2—3 раза в день) при повышенной раздражимости, бессоннице, климактерических неврозах, нейродермитах, вегетативных дистониях. Препарат противопоказан (!) при беременности и во время родов, при спазмах сосудов сердца и периферических сосудов, в далеко зашедших стадиях атеросклероза и при глаукоме.

Беллоид — *Belloid*. Беллоид — венгерский препарат, содержащий 0,3 мг эрготоксина, 1 мг суммы алкалоидов красавки и 30 мг бутилэтилбарбитуровой кислоты. Его применяют при неврологических расстройствах, связанных с нарушением менструального цикла, повышенной раздражительности, бессоннице, вегетативных дистониях, синдроме Меньера, гипертиреозе и др. (по 1—2 таблетки 3 раза в день).

Береза бородавчатая — *Betulla Verrucosa Ehrh*. Береза пушистая — *Betulla rubescens Ehrh*. Для медицинских целей используют почки, листья, березовый сок, а также березовый гриб (чага).

В почках березы содержатся эфирное масло с бальзамическим запахом 3,5—5,0 %, витамин С, сапонины, флавоноиды, смолистые вещества; в листьях — бетулоретияновая, аскорбиновая (до 8 %) кислоты, дубильные вещества (9 %), сапонины, эфирное масло.

Препараты березы оказывают общеукрепляющее, тонизирующее, дезинтоксикационное, мочегонное и желчегонное действие. Настой из листьев березы назначают при нарушении менструаций; как мочегонное при отеках беременных, нефропатии и при

климактерических неврозах; отвар березовых почек — при нефропатии. Настойку из почек и березовый сок можно использовать как общеукрепляющее средство при анемии в послеродовом периоде, при климактерических неврозах.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 20—30 г молодых листьев заливают стаканом кипятка, остужают, добавляют натрия гидрокарбонат на кончике ножа. Настаивают 6 ч, процеживают и принимают в 3 приема перед едой на протяжении 15 дней в первой половине менструального цикла. Курс лечения 2—3 мес. **Н а с т о й к а:** 100 г почек заливают 500 мл 42% спирта этилового (водки), настаивают в течение 1 мес и принимают по 1 чайной ложке 3 раза в день перед едой. **О т в а р:** 10 г почек заливают 200 мл воды, кипятят 10 мин, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3—4 раза в день.

Бессмертник песчаный — *Helichrysum arenarium* L. С медицинской целью используют одиночные корзинки. В соцветиях содержатся флавоноиды, ряд производных фталевого ангидрида, витамины К, дубильные вещества, эфирное масло, сахара (1,2%), смолы (3,66%), стерины (0,05%), соли натрия, калия, кальция, железа, марганца. Препараты бессмертника используют главным образом при заболеваниях желчных путей, осложняющих беременность. Под их влиянием усиливается желчеотделение, изменяется состав желчи, уменьшается содержание холестерина, повышается уровень билирубина и холестерина в крови. Действие бессмертника связывают с флавоноидами, активизирующими образование желчи и повышающими содержание билирубина в желчи. Препараты могут вызывать застойные явления в печени. Бессмертник обладает антибактериальной активностью, которую связывают с наличием смоляных кислот.

Способ приготовления и применения. **О т в а р:** 10 г цветков заливают 250 мл воды, кипятят, охлаждают, процеживают и принимают по 3 раза в день до еды. Цветки входят в состав желчегонных сборов.

Боярышник пятипестичный — *Crataegus pentagyna* W. et L. Для медицинских целей используют плоды боярышника (боярышник пятипестичный), в которых содержатся алкалоиды, гликозиды, эфирные масла, смолы, дубильные вещества, горечи и витамины группы В. В плодах боярышника колючего найдены урсоловая кислота, сапонины и флавоноиды а также гиперозид, гиперин, дубильные вещества, сорбит, холин и жирное масло.

Боярышник как кардиотоническое и регулирующее кровообращение средство рекомендуется при недостаточности кровообращения у людей пожилого возраста, особенно при болезнях климактерического периода, атеросклерозе, сердечных неврозах,

гипертонической болезни с частыми приливами крови к голове, при мерцательной аритмии, нарушении сна.

Способ применения: н а с т о й к а (по 50 капель 3 раза в день до еды) и жидкий экстракт (по 20—30 капель 3—4 раза в день до еды).

Брусника обыкновенная — *Vaccinium vitis idaea* L. Лекарственным сырьем служат листья. В листьях брусники содержится 6—9% арбутина, дубильные вещества (до 9%), флавоноиды, урсоловая кислота: в ягодах — большое количество сахаров (до 10%), витамин С (до 30 мг на 100 г), каротин, органические кислоты (лимонная, яблочная, щавелевая, бензойная и др.); в семенах — до 30% жирного масла (в его состав входят линолевая и линоленовая кислоты).

Отвар и настой из листьев брусники применяют при отеках и нефропатии беременных, назначают больным сахарным диабетом, у которых во второй половине беременности развивается нефропатия. Ягоды применяют при неврозах, в климактерическом периоде, анемии беременных, септических заболеваниях в послеродовом периоде.

Ягоды брусники обладают бактерицидными свойствами. Благодаря наличию бензойной кислоты они могут храниться без потери активности. Применяют при гастритах с пониженной кислотностью в свежем, сушеном, замороженном виде, а также в виде брусничной воды.

Способ приготовления и применения. О т в а р: 3—4 чайные ложки измельченных листьев заливают 2 стаканами воды и кипятят в течение 15 мин; охлаждают и выпивают в течение 2 дней.

Бузина черная — *Sambucus nigra* L. Для медицинских целей используют цветочные корзинки, в цветках содержатся полутвердое эфирное масло, холин, рутин, валериановая, уксусная и яблочная кислоты; в свежих листьях — смолы, обладающие слабительными свойствами, аскорбиновая кислота (до 200 мг на 100 г) и каротин; в ягодах — аскорбиновая кислота (до 49 мг на 100 г), каротин, дубильные вещества, тирозин.

Цветки бузины обладают мочегонным, противаликорадочным, противовоспалительным свойствами. Настой из цветков бузины назначают внутрь, а также для спринцеваний и ванночек при воспалительных заболеваниях влагалища.

Способ приготовления и применения. Н а с т о й: 10—15 г измельченных цветков заливают стаканом кипятка, настаивают 20 мин, процеживают и принимают по 1/4 стакана 3—4 раза в день за 5 мин до еды. Для спринцеваний, ванночек и микроклизм: 30 г цветков заливают 500 мл кипятка и настаивают 20 мин.

Валериана лекарственная — *Valeriana officinalis* L. С медицинской целью используют корни и корневища. В корневищах и корнях растений содержатся эфирное масло (до 2%), главной частью которого является борнилизовалерионат, изовалериановая кислота, борнеоловые эфиры муравьиной, уксусной и масляной кислот, а также алкалоиды, дубильные вещества, сапонины, сахара, различные органические кислоты, гликозиды и др.

Препараты валерианы используют при ранних и поздних токсикозах беременных, как успокаивающее средство при хронических функциональных расстройствах центральной нервной системы; при климактерических неврозах, истерии, эпилепсии наряду с другими лечебными мероприятиями, бессоннице, мигрени; при неврозах сердца и хронических нарушениях коронарного кровообращения; при гипертонической болезни I степени как проявлении общего невроза; экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 1 столовую ложку измельченных корней заливают стаканом кипятка и настаивают в течение 24 ч. Выпивают в 3—4 приема в течение дня. **П о р о ш о к** из корня валерианы назначают по 1—2 г на прием 3—4 раза в день.

Н а с т о й к у валерианы — по 20—30 капель 3—4 раза в день. Препараты валерианы не следует принимать более одного месяца, так как они могут вызывать нарушение функции пищеварительного аппарата.

Василек синий — *Centraurea cyanus* L. Для медицинских целей используют краевые синие цветки васильков без корзинок, в которых содержатся антоцианы и кумарины.

Цветки василька повышают диурез, усиливают желчеотделение и обладают противомикробными свойствами. Их применяют при поздних токсикозах беременных, протекающих на фоне заболеваний почек, а также мочевых путей (нефриты, нефрозо-нефриты, циститы, уретриты), печени и желчных путей.

Цветки василька нередко применяют в комбинации с другими диуретическими и противомикробными средствами (листья толокнянки, почечный чай). В состав мочегонного чая входят цветки василька (1 часть), солодковый корень (1), лист толокнянки (3).

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 1 чайную ложку сухих цветков василька заливают стаканом кипятка, настаивают 20 мин, процеживают и принимают по 2 столовые ложки 3 раза в день за 15—20 мин до еды.

Вахта трехлистная — *Menyanthes trifoliata* L. С медицинской целью используют листья, в которых содержатся горькие гликозиды, флавоноидные соединения, дубильные вещества (до 3%), следы алкалоидов, рутин, гиперозид, йод. В траве найдено жир-

ное масло, в состав которого входит глицерид пальмитиновой кислоты.

Препараты (настой) из листьев вахты применяют при ранних токсикозах беременных, сопровождающихся заболеваниями печени и желчных путей, а также как горечь рекомендуются для улучшения пищеварения и усиления секреции желез желудочно-кишечного тракта при гастритах с пониженной кислотностью.

Способ приготовления и применения. Н а с т о й: 2 чайные ложки листьев заливают 2 стаканами холодной воды, настаивают 8 ч. Выпивают в течение суток.

Вероника лекарственная — *Veronica officinalis L.* Растение содержит дубильные вещества, гликозиды, эфирные масла, витамины, сапонины, танин и др.

Вероника оказывает кровоостанавливающее действие. Можно рекомендовать при повышенной нервной возбудимости и бессоннице, особенно в период климакса, а также при зуде половых органов у пожилых женщин, страдающих диабетом и гинекологическими заболеваниями.

Способ приготовления и применения. Н а с т о й: 2 чайные ложки травы заливают 2 стаканами кипятка, настаивают, процеживают и принимают по 1/2 стакана 3 раза в день после еды.

Водяной перец (горца перечного) — *Polypodium hydropiper L.* В траве горца перечного (водяного перца) содержатся гликозид, полигопиперин; муравьиная, уксусная, валериановая, полигононовая кислоты; флавоновые производные: рутин, кверцетин, гиперозид, кверцетрин, рамнорин, изорамнетин (в виде эфира калиевой соли серной кислоты), а также соли марганца, магния, серебра; дубильные вещества; фитостерин; витамины С, К, Р; в корнях — антрагликозиды и эфирное масло.

Препараты водяного перца суживают сосуды матки и повышают свертываемость крови. При маточных кровотечениях воспалительного генеза препараты водяного перца действуют как обезболивающее средство. Действие свежего растения сильнее, чем высушенного.

Назначают как кровоостанавливающее средство при маточных кровотечениях на почве гипотонии матки в результате воспалительных болезней, при полименорее различного характера, при геморроидальных кровотечениях.

Способ приготовления и применения. Н а с т о й: 1 столовую ложку измельченного растения заливают стаканом кипятка, настаивают 10 мин и принимают в течение дня. Высушенную и измельченную траву водяного перца в виде порошка принимают внутрь по 5 г 3 раза в день до остановки маточного кровотечения не более 5—6 дней. Э к с т р а к т водяного

перца — жидкий галеновый препарат. Назначают по 30—40 капель 3—4 раза в день. Препараты водяного перца противопоказаны при гломерулонефрите.

Гранат — *Punica granatum L.* В коре плодов и ствола, корнях граната содержится большое количество танина (около 2%) и алкалоиды псевдопельтьерин и пельтьерин (до 3,5%), в плодах — аскорбиновая и лимонная кислоты, микроэлементы. Препараты коры плодов оказывают вяжущее и противовоспалительное действие, плоды — гемостимулирующее.

Препараты коры назначают при воспалительных заболеваниях влагалища; плоды — при анемии беременных, вторичной анемии, вызванной маточными кровотечениями (по 1/4 стакана гранатового сока 3 раза в день).

Способ приготовления и применения. О т в а р: 2 чайные ложки измельченной коры плодов заливают стаканом воды, кипятят 15 мин, охлаждают, процеживают и разводят 1 л воды. Спринцевание проводят 2 раза в день. Э к с т р а к т коры плодов граната с сиропом (галеновый препарат) принимают по 1/2 чайной ложки несколько раз в день.

Девясил высокий — *Inula helenium L.* Для медицинских целей используют корни и корневища девясила, в которых содержатся эфирное масло (до 3%), называемое алантолым, инулин (до 40%), слизь, витамин Е и другие вещества. Из отвара корня применяют при болезненных и нерегулярных менструациях, гипоменструальном синдроме, для профилактики преждевременных родов, а также при бронхитах, кашле, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Способ приготовления и применения. О т в а р готовят в соотношении 1:40, кипятят 15 мин, настаивают 4 ч и принимают по 1 столовой ложке 3—4 раза в день.

Дуб обыкновенный (черешчатый) — *Quercus robur L.* В коре содержатся дубильные вещества (до 20%); галловая и эллаговая кислоты, пентазаны (до 14%); пектиновые вещества (до 6%); кверцетин, сахара и флобафен; в желудях — крахмал (до 40%), дубильные вещества (до 8%), сахара, жирное масло (до 5%); в листьях — дубильные, красящие вещества, кверцетин и кверцетрин, а также пентазаны. Препараты из желудей дуба оказывают антибактериальное действие в отношении дизентерийной палочки.

Отвар из коры дуба применяют при трещинах сосков и ожогах, шеечных и влагалищных белях, вульвовагините и язвенном кольпите.

Способ приготовления и применения. Р а с т в о р для спринцевания и обмывания сосков: 2 столовые ложки измельченной коры заливают 2 литрами воды и кипятят 10 мин., процеживают и используют теплым.

Душица обыкновенная — *Origanum vulgare L.* В траве душицы содержится эфирное масло (до 1,2%), в состав которого входят тимол и др. Препараты душицы оказывают успокаивающее, антисептическое действие, усиливают тонус матки, применяются при повышенной половой возбудимости; и для спринцевания влагалища при зуде, белях, хроническом кольпите.

Способ приготовления и применения. Н а с т о й: 1 столовую ложку измельченной травы заливают стаканом кипятка, закрывают, охлаждают, процеживают и пьют по 1/3 стакана за 20—30 мин до еды 3 раза в день. Р а с т в о р для спринцевания: 20—30 г измельченной травы заливают 2—3 л кипятка, настаивают до охлаждения, процеживают. Раствор используют теплым.

Ежевика сизая — *Rubus caesius L.* В плодах содержатся глюкоза, фруктоза, сахароза, витамин С, каротин, токоферолы, органические кислоты, дубильные вещества; в листьях — витамин С, флавоноиды, органические кислоты, соли калия, меди, марганца, дубильные вещества.

Препараты ежевики действуют успокаивающе на центральную нервную систему, оказывают потогонное, мочегонное и противовоспалительное действие. Назначают при патологическом климаксе, частых приливах к голове, бессоннице, неврастении, неврозе; при нефрозах и в сочетании с глицеролом — беременным.

Способ приготовления и применения. О т в а р: 20 г листьев ежевики заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают через марлю и пьют по 1/3 стакана до еды 3 раза в день на протяжении 2 нед. Отвар применяют также для спринцевания при обильных белях и воспалении влагалища (кандидоз, трихомоноз и др.).

Женьшень — *Panax ginseng C. A. Mey.* Для медицинских целей используют корень женьшеня, в котором содержатся сапонины, панаксазиды, эфирное масло, панаксен; панаксовая кислота, состоящая из смеси жирных кислот — пальмитиновой, стеариновой, олеиновой и линолевой, а также гинзенин; фитостерин, смолы, ферменты, витамины В₁ и В₂, сахар.

Установлено, что препараты женьшеня оказывают тонизирующее действие. Панаксовая кислота усиливает обменные процессы и способствует более быстрому распаду жиров, повышению содержания гормонов в организме. Гинзенин регулирует процессы обмена углеводов, понижает содержание сахара в крови и увеличивает синтез гликогена.

Препараты женьшеня применяют при расстройствах половых функций, истощении, усталости, пониженной работоспособности, быстрой утомляемости, анемии, истерии, астенических состояниях. Препараты корня назначают беременным, страдающим са-

харным диабетом, при нейроэндокринных синдромах (климактерическом, посткастрационном, гипоменструальном).

При длительном приеме женьшеня и при передозировке у больных возникают побочные явления: бессонница, головная боль, боль в области сердца и депрессия. Поэтому при назначении препарата необходим тщательный строго индивидуальный подбор (!) дозы.

Женьшень применяют в виде спиртовых настоев и экстрактов по 15 капель на прием. Подобно женьшеню в гинекологии используются заманиха высокая, лимонник китайский и стеркулия платанолистная.

Жостер слабительный — *Rhamnus cathartica*. Кустарник семейства крушиновых. В медицинской практике используют зрелые плоды, собираемые поздней осенью. В них содержатся антрагликозиды (до 1%), флавоноиды, пектин, красящие вещества и сахара.

Препараты из плодов жостера обладают сильным слабительным действием. Их используют при атонических и хронических запорах у беременных и кормящих матерей; нарушении моторики кишок у женщин в климактерический период.

Способ приготовления и применения. Настой: 1 столовую ложку плодов заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и выпивают за 1 прием.

Зайцегуб опьяняющий — *Lagochilus pteropus* Gunge. В листьях содержатся лагохилус, эфирное масло, дубильные вещества, сахара, аскорбиновая кислота, каротин; в стеблях — дубильные вещества, сахара, каротин; в цветках — витамины К₁ и В₁, каротин, эфирные масла, соли кальция.

Препараты зайцегуба применяют при маточных кровотечениях различного генеза, а также геморроидальных, травматических, легочных и носовых кровотечениях, гемофилии, болезни Верльгофа, при операциях для предупреждения кровоточивости. Хорошие результаты при применении препаратов лагохилуса получены у больных с функциональными заболеваниями центральной нервной системы. Благоприятные результаты лечения лагохилусом отмечены у больных экземой.

Способ приготовления и применения. Настой: 20 г измельченных листьев заливают стаканом воды комнатной температуры, нагревают в кипящей водяной бане при частом помешивании 15 мин, охлаждают в течение 45 мин при комнатной температуре, процеживают, пьют по 1/3 стакана 3 раза в день. Для остановки кровотечения принимают по 1—2 чайные ложки 3 раза в день.

Зверобой продырявленный — *Hypericum perforatum* L. В нем содержатся красящие вещества (гиперин и др.), флавоновые соединения (гиперозид, кверцетрин, кверцетин), эфирное масло, в

состав которого входят терпены, сесквитерпены, сложные эфиры изовалериановой кислоты, дубильные вещества (до 10%), каротин (до 55 мг%), холин и следы алкалоидов.

Препараты зверобоя обладают вяжущими, противовоспалительными и антисептическими свойствами. Кроме того, они обладают Р-витаминной активностью, уменьшают проницаемость капилляров.

Препараты травы зверобоя применяют как вяжущее, дезинфицирующее и противовоспалительное средство при трещинах сосков, воспалительных заболеваниях влагалища, маточных кровотечениях различного генеза. Масло из травы и цветков зверобоя используют при эрозиях шейки матки и старческом кольпите; внутрь — при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, острых и хронических кольпитах небактериального происхождения, хронических и подострых гингивитах и стоматитах.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 2 столовые ложки измельченной травы заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и применяют в течение дня в 3 приема за 30 мин до еды на протяжении 6—8 нед. **Р а с т в о р** для спринцевания: 200 мл настоя развести 1 л теплой кипяченой воды. **М а с л о:** 0,5 кг свежих цветков с листьями травы мелко измельчают и заливают 1 л свежего подсолнечного масла, настаивают в теплом месте в течение 2 нед, процеживают, смачивают тампон и прикладывают от к больному месту.

Земляника лесная — *Fragaria vesca* L. В плодах содержатся аскорбиновая кислота (до 50 мг на 100 г ягод), каротин, следы витамина В₁, сахара, яблочная, салициловая кислоты, дубильные, пектиновые вещества, антоциановые соединения; в листьях — аскорбиновая кислота (250—280 мг на 100 г), следы алкалоидов. Ягоды и листья земляники являются ценным источником витаминов. Препараты из листьев оказывают сосудорасширяющее и противовоспалительное действие, повышают тонус и усиливают сокращение матки. Ягоды земляники назначают при анемии у беременных. Листья используют для лечения воспалительных заболеваний половых органов.

Способ приготовления и применения. **О т в а р:** 20 г измельченных листьев заливают стаканом кипятка, кипятят 5—10 мин, настаивают в течение 2 ч. Принимают по 2 столовые ложки 4 раза в день. Ягоды используют в свежем и сухом виде. Возможны аллергические реакции.

Золототысячник зонтичный — *Centaureum umbellatum* Gilib. В нем содержатся алкалоид генцианин, горькие гликозиды, олеановая кислота, эфирные масла и другие вещества. Препараты растения стимулируют секрецию желез желудка, усиливают моторную деятельность кишок, сокращения матки, оказывают про-

тивовоспалительное действие. Назначают для ускорения сокращения матки в послеродовом периоде, остановки маточного кровотечения после аборта, при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Препараты используют также как горечь для возбуждения аппетита и для усиления перистальтики кишок при астении в климактерическом периоде.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 20 г измельченной травы заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают, принимают в 3 приема в течение дня.

Каланхоэ перистое — *Kalanchoe pinnatum (Lat), Pers.* В соке найдены флавоноиды (до 40%), органические кислоты (яблочная, щавелевая, лимонная, уксусная), а также ферменты, из которых получают активные препараты.

Сок каланхоэ применяют при пародонтозе, стоматитах, кератитах различной этиологии, язвах роговой оболочки, вяло заживающих операционных ранах, трещинах сосков у кормящих матерей (после каждого кормления на соски наносятся пипеткой несколько капель сока на протяжении 4—5 дней), хронических тонзиллитах, гайморитах, эрозиях шейки матки и эндоцервицитах (тампоны с обильно наложенной мазью вводят во влагалище на 3 ч один раз в сутки, в среднем в течение 15 дней).

Календула (ноготки лекарственные) — *Calendula officinalis L.* В ней содержатся каротины (3%), флавоноиды и другие каротиноиды (ликопин, цитроксантил и др.) в краевых цветках, интенсивно окрашенных, сумма всех каротиноидов может достигать 3% (на сухую массу). В соцветиях ноготков содержатся смолы (3%), кислоты (яблочная до 6%), слизь (4%), следы салициловой кислоты; в надземной части — дубильные вещества (6%), сапонины, три-терпеноиды (арнидиол и фарадиол). Все растение оказывает фитонцидное действие; препараты цветков ноготков — желчегонным, противовоспалительным, дезинфицирующим и бактерицидным.

Препараты календулы снижают рефлекторную возбудимость, действуют успокаивающе на центральную нервную систему. Их используют наружно при воспалительных заболеваниях женских половых органов (в частности, трихомонадного кольпита, белей), а также при эрозиях шейки матки. Настой календулы в равных частях с 3% раствором борной кислоты применяют для промывания свищей (1—2 раза в день), мазь календулы — как ранозаживляющее средство при трещинах слизистой оболочки влагалища, заднего прохода.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 20 г цветков заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и применяют внутрь по 1/2 стакана 3 раза в день при дисменорее за 5—7 дней до начала менструации. При рвоте беременных —

перед едой в течение 2—3 нед. Раствор для спринцевания готовят из настоя или настойки календулы (соответственно 200 мл или 3—4 чайные ложки на 1 л кипяченой воды).

Калина обыкновенная — *Viburnum opulus L.* В ней содержатся витамины: К₁ (до 31 мкг/г), А (21 мг на 100 г), С (70—80 мг на 100 г); тритерпеновые сапонины (до 7%), смола (6,5%) желто-красного цвета, флобафены, аморфный гликозид вибурнин; в плодах — инвертный сахар (до 32%), дубильные вещества, изовалериановая, уксусная и аскорбиновая кислоты; в семенах — витамин С и жирное масло (до 21%).

Кора калины обыкновенной усиливает тонус мускулатуры матки, обладает болеутоляющим, антисептическим и сосудорасширяющим действием, обусловленным гликозидом вибурнином. Препараты коры калины применяют в качестве кровоостанавливающего средства в послеродовом и климактерическом периодах, при маточных кровотечениях на почве воспалительных заболеваний, при болезненных и обильных менструациях и геморрое. Ягоды калины в свежем и сухом виде используют как витаминноносное, общеукрепляющее и легкое мочегонное, слабительное, потогонное средство.

Способ применения. Жидкий экстракт коры калины — галеновый препарат. Принимают по 20—30 капель 3—4 раза в день. Назначают при кровотечениях с препаратами спорыньи, пастушьей сумки и др. При авитаминозах назначают по 50 г ягод перед завтраком на протяжении 2—3 нед.

Капуста белокочанная — *Brassica oleraceae L.* В ней содержатся азотистые вещества (1,8%), жиры (0,18%), сахара (1,92%), клетчатка (1,65%), зола (1,18%), вода (90%), в листьях — витамины А, В, С (ранних сортов — 20 мг, в позднеспелых — 70 мг на 100 г продукта), каротин, лизоцин, фолиевая, пантотеновая кислоты, соли калия, кальция, фосфора и др. Свежие листья назначают беременным при отеках во время приема гипотиазида с целью возмещения калия.

Высушенный капустный лист назначают беременным при заболеваниях печени, в частности при холангиогепатитах. Капустный сок благодаря содержанию метилметионинсульфония хлорида оказывает эффективное действие на язвенный процесс в слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки. Метилметионинсульфония хлорид содержится в белокочанной капусте до 85 мг %.

У свежего сока капусты обнаружены противокашлевое и отхаркивающее свойства.

Способ применения. Применяют высушенный (порошок капусты) и свежий капустный сок. Свежий сок принимают по полстакана — 3 раза в день до еды в теплом виде. Капусту включают в диету больных сахарным диабетом.

Каротолин — *Carotolium*. Масляный экстракт каротиноидов из мякоти плодов шиповника содержит токоферолы, ненасыщенные жирные кислоты, другие вещества. Применяют при трещинах и ссадинах сосков, а также трофических язвах, экземах, атрофических изменениях слизистых оболочек, некоторых видах эритродермии. На пораженные участки накладывают салфетки 1—2 раза в день, пропитанные препаратом, и накрывают их вощеной бумагой.

При трещинах сосков и других заболеваниях молочной железы у кормящих женщин используют препараты из растений, богатых витаминами (рябина, земляника, смородина, лимон, абрикос, шиповник, облепиха и др.).

Клещевина обыкновенная — *Ricinus communis L.* В семенах клещевины содержатся 40—60% невысыхающего жирного масла (касторового), состоящего в основном из глицерида ненасыщенной рациноловой кислоты; фермент липаза, белковые вещества (до 17%), в них содержится ядовитое вещество — токсальбумин (6 семян клещевины смертельны для детей, 20 — для взрослых).

Касторовое масло — классическое слабительное средство. Его используют для стимулирования слабой родовой деятельности.

Касторовое масло способствует выбросу «кровь медиатора ацетилхолина, приводящего к усилению маточных сокращений во время родов.

Способ применения. Назначают внутрь по 40—50 г обычно в сочетании с хинином, питуитрином, пахикарпином и другими средствами.

Клопогон даурский, цимицифуга — *Cimicifuga dahurica Maxim.* В корнях и корневищах содержатся смолы, танин, изоферуловая и салициловая кислоты, фитостерин, сапонины, гликозиды. Препараты растения расслабляют гладкую мускулатуру, обладают гипотензивным, успокаивающим действием, нормализующим сон, усиливающим диурез.

Назначают при артериальной гипертензии, осложняющей беременность; как седативное и гипотензивное средство при поздних токсикозах беременных, а также при патологически протекающем климаксе.

Способ применения. Настойку цимицифуги (галеновый препарат) принимают по 50—60 капель 3 раза в день до еды.

Конский каштан — *Aesculus hippocastanum L.* В семенах содержатся кумариновые гликозиды (эскулин и фраксин), флавоноиды (кверцетин и кемпферол), тритерпеновый сапонин эсцин; крахмал (до 50%), жирное масло (до 8%), белковые вещества (до 10%), витамины В₁, С и дубильные вещества; в коре — тот же сложный гликозидный комплекс, а в листьях — флавоноиды и каротиноиды.

Галеновые препараты конского каштана: из семян — эскузан, из листьев — эсфлазид. Эскузан уменьшает проницаемость капилляров, повышает тонус венозных сосудов, уменьшает воспалительные явления. Его применяют (по 12—15 капель) для лечения тромбозов при родах и после операций, а также при варикозном расширении вен, геморрое, тромбофлебитах, воспалении вен, эритремии, полицитемии. **Н а с т о й к у** из листьев каштана благодаря содержанию каротиноидов используют при маточных и геморрагических кровотечениях.

Крапива двудомная — *Urtica dioica L.* В ней содержатся витамин K_1 (0,2%), С (до 6%), каротиноиды (до 50 мг%), витамин B_2 , пантотеновая кислота, гликозид уртицин, дубильные вещества, хлорофилл, минеральные соли.

Препараты крапивы (жидкий экстракт и настой) назначают при пубертатных и климактерических кровотечениях, фибромиомах, замедленной инволюции матки после аборт и родов. Экстракт крапивы усиливает и ускоряет процесс сокращения мускулатуры матки. При пубертатных кровотечениях препарат не только оказывает непосредственное кровоостанавливающее действие, но и нормализует овариально-менструальный цикл. При фибромиомах матки и осложненных воспалительных заболеваниях экстракт крапивы оказывает кровоостанавливающее и противовоспалительное действие. Это применяют с профилактической целью перед менструациями для их регуляции. Назначают при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. Препараты крапивы эффективны при гиповитаминозах.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й** для приема внутрь: 1 столовую ложку измельченных листьев из брикета заливают стаканом кипятка, настаивают 2 ч, процеживают, пьют в течение дня небольшими глотками или по 2—3 столовых ложки 3 раза в день. **Н а с т о й** для спринцевания: 30 г измельченных листьев заливают 1 л кипятка, настаивают 4—5 ч, процеживают, спринцуют влагалище ежедневно.

Крестовник плосколистный (ушковатый) — *Senecio platyphylloides somm. et lev.* Во всех частях растения обнаруживаются алкалоиды платифиллин и сенецифиллин как в восстановленной, так и в N-оксидной форме. В траве содержится до 2% алкалоидов, в корневищах — до 3%; на долю платифиллина приходится 20%.

Платифиллин является по фармакологическим свойствам типичным спазмолитическим веществом. Его применяют при спазмах гладкой мускулатуры органов брюшной полости, во время родов при ригидности и спазме шейки матки. Его назначают перед проведением внутриматочных манипуляций у нерожавших женщин, при альгодисменорее, предменструальном синдроме и

патологическом климаксе, сопровождающемся выраженными реакциями. В этом случае платифиллин (0,2%) вводят подкожно по 1—2 мл. Препарат противопоказан при глаукоме, органических поражениях почек и печени.

Кровохлебка лекарственная — *Sanguisorba officinalis L.* В ней содержатся дубильные вещества пирогалловой группы (12—23%), свободные галловая и эгалловая кислоты, сапонины (до 4%), стерины, много крахмала; в листьях аскорбиновая кислота (до 0,9%).

Кровохлебка оказывает вяжущее, кровоостанавливающее, противовоспалительное, бактерицидное и протистоцидное действие, вызывает усиление маточных сокращений и сужение сосудов. Жидкий экстракт кровохлебки применяют в качестве кровоостанавливающего средства при маточных кровотечениях, обильных менструациях, обусловленных воспалительными процессами в придатках, при кровотечениях в послеродовом периоде, геморрагической метропатии, фиброме матки, бактериальном и трихомонадном кольпите и истинной эрозии шейки матки. Кровохлебку используют также как вяжущее и кровоостанавливающее средство при гингивитах и стоматитах.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку измельченного сухого корня заливают стаканом воды, кипятят 20 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день. Раствор для спринцевания: 100 мл отвара разводят кипяченой водой до 1 л. Спринцевания проводят 1—2 раза в день.

Кубышка желтая — *Nuphar luteum (L.) Smith.* Для медицинских целей используют корневище, которое содержит алкалоиды нуфаридины. Из кубышки желтойготавливается препарат лютенурин, представляющий смесь алкалоидов кубышки. Его применяют местно при острых и хронических трихомонадных заболеваниях, осложненных бактериальной (грамположительной) и грибковой флорой. Лечебные процедуры выполняет врач ежедневно или через день в зависимости от лечебного эффекта препарата и течения заболевания. Глобулы применяют в промежутках между процедурами. Обычно проводят 4 курса лечения продолжительностью по 10—20 дней. Препарат назначают после окончания менструаций.

Лютенурин применяют также в качестве противозачаточного средства в виде вагинальных суппозиториев или пенообразующих таблеток, содержащих по 0,003 г лютенурина. Глобулы или смоченные водой таблетки закладывают во влагалище за 5—10 мин до полового сношения.

Ламинария (морская капуста) — *Laminaria.* В ней содержатся сахара, белковые вещества, витамины (А, В₁, В₂, С, D), йод (до

3%) в виде йодидов и йодоорганических соединений; соли брома, калия, натрия, кальция, магния.

Морскую капусту назначают при гипогалактии, беременным с нарушением функции щитовидной железы и при хронических запорах. Стебель ламинарии применяют для расширения цервикального канала.

Лапчатка прямостоячая — *Potentilla erecta* L. В корневищах лапчатки содержатся дубильные вещества (15—30%) с преобладанием конденсированных танинов, а также эллаговая кислота, тритерпеновые сапонины, флавоноиды, флобафены, воск, смолы, камедь, крахмал; в надземной части растения — витамин С (яблочная и эллаговая кислоты), а также флобафены, воск, смолы, камедь и крахмал.

Это лекарственное растение, известное под названиями «дубровка» и «дикий калган», применяют при маточных кровотечениях, связанных с воспалительными заболеваниями женских половых органов, кольпите, вульвовагините различной этиологии и эрозии шейки матки. В виде отваров используют при воспалительных процессах в полости рта, энтеритах, энтероколитах, а также ожогах, мокнущих экземах. Входит в состав вяжущих сборов.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку измельченного сырья заливают стаканом воды, кипятят 5—10 мин, охлаждают, процеживают и пьют по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой. Раствор для спринцевания: 200 мл отвара разводят кипяченой водой до 1 л. Спринцевания проводят 2 раза в сутки теплым раствором.

Лапчатка гусиная — *Potentilla anserina* L. В ней содержатся дубильные вещества, крахмал, сахар, органические кислоты (яблочная, хинная, аскорбиновая).

Препараты оказывают болеутоляющее, мочегонное, желчегонное и слабительное действие. Сок растения используют при желчнокаменной болезни, заболеваниях печени и почек у беременных. Назначают при альгоменорее, болезненной субинволюции матки после родов и аборта.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку измельченной травы заливают стаканом воды, кипятят 10 мин. Пьют по 1/4 стакана 3 раза в день после еды. Принимают в чистом виде или в смеси со свежим соком зеленой ржи по 1 чайной ложке 3 раза в день перед едой.

Лимон — *Citrus limon* Vurm. В плодах содержатся лимонная кислота (до 8,1%), сахара (до 3,5%), витамины А, В₁, В₂, С и Р.

Беременным назначают лимонный сок как богатое витаминным средством. Его используют при отложении солей (в частности, мочекислых), отеках сердечного происхождения, инфекционных

и вирусных заболеваниях. Эфирное масло кожуры используется для исправления запаха и вкуса лекарств.

Лимонник китайский — *Schizandra chinensis (turcz) Ball.* В плодах содержатся лимонная (до 11%), яблочная (до 10%), аскорбиновая (до 500 мг на 100 г) кислоты, лигнан, схизадрин. В лимоннике найдено 10 лигнанов, причем во всех частях растения. Из других феноловых соединений в лимоннике обнаружены флавоноиды, катехины и антоцианы. В семенах содержатся жирное (до 33%) и эфирное масла.

Лимонник китайский обладает стимулирующими, укрепляющими и адаптогенными свойствами. Настойка лимонника китайского применяется с целью усиления родовой деятельности.

Способ применения. Лечение слабости родовой деятельности проводится следующим образом: сначала дают 40 капель настойки лимонника, через 2 ч — 20, еще через 2 ч — 15. Настойку этого растения противопоказано назначать женщинам с нарушенной сердечной деятельностью, страдающим бессонницей и токсикозом второй половины беременности.

Липа сердцевидная — *Tilia cordata Mill.* В цветках обнаружено до 25 веществ флавоноидного характера, сапонины, слизистые и дубильные вещества, воск, каротин, аскорбиновая кислота, фитонциды и эфирное масло с характерным запахом.

Липовый цвет оказывает седативное, спазмолитическое и секретолитическое действие. Используется при острых респираторных инфекциях, гриппе, а также при воспалении почек и мочевого пузыря у беременных, при послеродовых гнойных инфекциях и лихорадках в послеродовом периоде.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й :** 40 г цветков липы заливают стаканом кипятка, через 10 мин процеживают и пьют 2—3 стакана горячего липового чая в день.

Мак снотворный — *Paraver somniferum L.* В растении содержатся алкалоиды: в млечном соке коробочки — более 20 относящихся к группе изохинолиновых алкалоидов: морфин, кодеин, тебалин, папаверин и др. Кроме алкалоидов, содержатся белки, углеводы, слизи, каучук, органические кислоты, тритерпены, пектиновые и другие вещества.

Алкалоиды морфин и кодеин не рекомендуется применять в акушерской практике ввиду того, что они (особенно морфин) проходят через плацентарный барьер и могут вызывать угнетение дыхания плода. Из алкалоидов мака применяется папаверин при нефропатии беременных (наряду с мероприятиями общего характера). Он является миотропным спазмолитическим средством: понижает тонус и уменьшает сократительную деятельность гладкой мускулатуры и в связи с этим оказывает сосудорасширяющее и спазмолитическое действие. Препарат (в дозе 0,02—

0,04 г) часто применяют и в сочетании с успокаивающим и другими спазмолитическими средствами (келлин, сальсолин, теобромин, эуфиллин и др.).

Масло из семян шиповника — *Oleum Rosae*. Содержит ненасыщенные и насыщенные жирные кислоты, каротиноиды, токоферолы (витамин Е). Применяют при эрозиях шейки матки, кольпитах, трещинах и ссадинах сосков, пролежнях, трофических язвах голени, дерматозах, озене, в клизмах при неспецифическом язвенном колите (вводят по 50 мл ежедневно или через день, курс — до 30 клизм). При дерматозах наряду с местным лечением препарат принимают внутрь по 1 чайной ложке 2 раза в день.

Мать-и-мачеха обыкновенная — *Tussilago farfara* L. В растении содержатся горькие гликозиды, сапонины, галловая, яблочная, винная, аскорбиновая кислоты, инулин, полисахариды, дубильные и слизистые вещества, эфирное масло.

Препараты из растения обладают противовоспалительными и дезинфицирующими свойствами. Назначают при воспалительных заболеваниях влагалища, сопровождающихся белями.

Способ приготовления и применения. Н а с т о й: 1 столовую ложку листьев заливают стаканом кипящей воды, настаивают 30 мин, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 4—6 раз в день. О т в а р: 50 г листьев заливают 1 л воды, кипятят 5 мин, процеживают. Настой используют для спринцевания и микроклизм.

Можжевельник обыкновенный — *Juniperus communis* L. В ягодах содержатся эфирное масло (до 2%), смолы малоизученного состава (до 9%), сахара (до 40%), пектиновые вещества, органические кислоты (яблочная и др.); в коре — дубильные вещества (до 8%); в хвое — аскорбиновая кислота (266 мг на 100 г).

Плоды растения обладают антибактериальными и мочегонными свойствами. Отвар из ягод можжевельника применяют для спринцевания при кольпите и белях бактериального происхождения. Настой из ягод — отхаркивающее и улучшающее пищеварение средство. Ягоды можжевельника входят в состав многих мочегонных сборов.

Препараты можжевельника противопоказаны (1) беременным.

Способ приготовления и применения. О т в а р для спринцеваний: 20 г ягод заливают 1 л воды, кипятят 5 мин, процеживают, охлаждают. Спринцевание проводят 2 раза в сутки. О т в а р для приема внутрь: 1—1,5 ложки сушеных ягод заливают стаканом воды, кипятят 5—10 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день как отхаркивающее средство.

Морковь посевная — *Daucus sativus* (Hoffm.) Roechl. В корнеплодах содержатся каротиноиды, каротины, витамины В₁, В₆,

никотиновая, пантотеновая и аскорбиновая кислоты, викасол, флавоноиды. Сок моркови является источником провитамина А, оказывает мочегонное, лактогенное, слабительное, противовоспалительное действие.

Способ приготовления. Применяют морковный сок по 1/2—1 стакану на прием как источник витаминов, мягкое слабительное средство при беременности и при вегетососудистой дистонии в климактерический период.

Мята перечная — *Mentha piperita* L. В листьях мяты перечной содержится до 2,75% эфирного масла, в соцветиях мяты перечной — до 6%. Эфирное масло в основном состоит из ментола, пинена, лимонена и других компонентов. Помимо эфирного масла, в листьях мяты содержатся каротин, урсоловая и олеаноловая кислоты; микроэлементы — медь, марганец, стронций и др.

В акушерской практике препараты мяты назначают при ранних токсикозах беременных (птиализм, тошнота, рвота), угрозе прерывания беременности и как средство, регулирующее деятельность пищеварительного аппарата. В гинекологии используют при патологически протекающем климаксе с выраженным вегетоневрозом. Ментол, являющийся основным компонентом эфирного масла мяты, избирательно раздражает холодовые рецепторы кожи и слизистых оболочек, вызывая ощущение холода и местную анестезию, угнетение рвотного рефлекса.

Антисептическое действие эфирного масла приводит к ограничению процессов гниения и брожения и усилению секреции пищеварительных желез. Настой и настойку мяты перечной применяют при слюнотечении, тошноте, в качестве средства, улучшающего пищеварение, а также при спазмах кишечника; ментол — при стенокардии; мятное масло — при заболеваниях печени и желчного пузыря, при этом увеличиваются количество желчи и концентрация желчных кислот.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 9 г листьев мяты заливают стаканом кипятка, настаивают 4 ч, пьют по 1 столовой ложке холодного раствора 4—5 раз в день.

Натрия уснинат — *Natrii usninas*. Усниновая кислота является антибактериальным средством, выделенным из лишайников. Она оказывает антимикробное действие в отношении грамположительных бактерий. В медицинской практике применяют натриевую соль усниновой кислоты. В гинекологии этот препарат используют при эрозиях и эндоцервицитах, ожогах, трещинах и т. д. Он стимулирует процессы эпителизации в шейке матки.

Способ применения. Назначают в виде 1% водно-спиртового или 0,5% масляного раствора (в касторовом масле), раствора в глицерине или пихтовом бальзаме с добавлением 2% анестезина.

Применяют также препарат в порошке или в смеси с сульфаниламидами (1 часть натрия уснината с 3 или 5 частями стрептоцида, норсульфазола). Раствором обильно смачивают марлевые повязки и накладывают на пораженные участки. При припудривании ран порошком расходуют 0,1—0,2 г препарата на рану размером около 16 см². При большой раневой поверхности его следует применять с осторожностью, вследствие токсичности.

Облепиха крушинная — *Hippophae rhamnoides* L. В мякоти плодов содержатся жирное масло (до 8%), фосфолипиды, стерины и комплекс витаминов — А, Е, К, С (до 480 мг на 100 г), В₁, В₂; яблочная и виннокаменная кислоты и 15 микроэлементов (железо, магний, марганец и др.); в листьях — витамин С (1374 мг на 100 г) и дубильные вещества (8%). Кроме масла, широко применяются свежие и консервированные плоды облепихи как ценное поливитаминное сырье.

Облепиховое масло — *Oleum Hippophaeae*. В нем содержатся жирные кислоты (15,6%); витамин Е (160 мг на 100 г), сумма каротиноидов (250 мг на 100 г).

Масло облепихи способствует эпителизации и заживлению ран, обладает болеутоляющими свойствами.

Способ применения. Его используют при кольпитах, эндоцервицитах и эрозиях шейки матки. Слизистую оболочку влагалища и шейки матки ежедневно смазывают облепиховым маслом. При эрозиях шейки матки, помимо этого, применяют обильно пропитанные (10—15 г) облепиховым маслом вагинальные тампоны. Процедуру повторяют ежедневно, тампоны извлекают через 16—24 ч. При кольпитах — 10—15 процедур, при эндоцервицитах и эрозиях шейки матки — по 8—12. При недостаточной эффективности лечения повторный курс проводят через 4—6 нед.

Масло облепихи применяют также в качестве профилактического средства при лучевых поражениях кожи, ожогах, пролежнях и т. д. После смазывания маслом облепихи пораженной полости рта, трещин, эрозий, высыпаний в области половых органов, анального отверстия отмечают улучшение состояния и эпителизация поверхности дефектов кожи.

Одуванчик лекарственный — *Taraxacum officinale* Wigg. В млечном соке содержатся горькие вещества гликозидного характера, а также смолистые вещества каучуковой природы; в корнях — тритерпеновые соединения, а также стерины (ситостерин, стигмастерин), инулин (к осени достигает 40%, в момент образования листовой розетки уменьшается до 2%), сахара (осенью до 18%); в соцветиях и листьях — каротиноиды, аскорбиновая кислота, витамин В₂, железо, кальций, фосфор.

Отвар корней одуванчика рекомендуют беременным при заболеваниях печени и желчного пузыря. Он также применяется

как горечь для возбуждения аппетита при анацидных гастритах для повышения секреции пищеварительных желез.

Способ приготовления и применения. Свежие листья употребляют для приготовления витаминных салатов, а цветочные почки маринуют, заменяя ими каперсы (кладут в суп, ви-негрет). Для удаления горечи листья одуванчика 30 мин выдерживают в соленой воде. Отвар: чайную ложку измельченного корня заливают стаканом воды, кипятят, охлаждают, процеживают и пьют по 1/4 стакана 3—4 раза в день за полчаса до еды.

Пажитник сенной — *Trigonella foenum graecum* L. В семенах содержатся алкалоид тригонеллин (0,38%), никотиновая кислота (3,5 — 18%), холин (0,05%), рутин, эфирное масло и др. Семена рекомендуются применять как при различных кожных заболеваниях, так и при гипогалактии у кормящих женщин.

Способ приготовления и применения. Для стимуляции лактации используют следующий сбор: плоды аниса и укропа по 20 г, семена пажитника и плоды фенхеля по 30 г. Плоды толкут в ступке; чайную ложку сбора заливают стаканом кипятка, настаивают 30 мин и принимают по стакану 2—3 раза в день.

Паста хлорофилло-каротиновая — *Pasta chlorophyllo-carotini*. Получают из хвои ели. Содержит каротиноиды, хлорофилл, витамин В, фитостерин, терпены и другие вещества. Ее применяют при колитах, вульвовагинитах, эрозиях шейки матки.

Способ применения. Тампоны пропитывают пастой, разведенной стерильной водой в 2 раза, вводят во влагалище на 8—10 ч, после чего назначают спринцевание теплой водой. Производят влагалищные спринцевания (2 столовые ложки пасты разводят в 1 л воды). При ожогах, вяло заживающих ранах и язвах пасту наносят на пораженную поверхность с последующим наложением повязки. При применении пасты может наблюдаться жжение. При сильном раздражении ее смывают водой.

Пастушья сумка — *Capsella bursa pastoris* L. В ней содержатся рамногликозид гипсопин, бурсовая кислота, дубильные вещества, фумаровая, яблочная, лимонная и винная кислоты, а также холин, ацетилхолин, тирамин, инозит, аскорбиновая кислота, витамин К₁; в семенах — жирное масло (до 28%), небольшое количество аллилового горчичного масла.

Трава пастушьей сумки усиливает тонус мускулатуры матки и суживает периферические сосуды. Применяют жидкий экстракт и настой травы в качестве кровоостанавливающего средства главным образом при маточных кровотечениях после родов, а также при длительных менструациях в климактерический период. Более эффективна свежая трава растения.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1,5 столовой ложки измельченной травы заливают и принимают по 1 столовой ложке 3—4 раза в день. Настойка: 1 часть измельченного растения заливается 10 частями водки (42,5% этилового спирта), настаивают 2 нед, процеживают и принимают по 30—40 капель 3 раза в день. Экстракт пастушьей сумки — жидкий галеновый препарат. Принимают по 20 капель 3 раза в день.

Нижда обыкновенная — *Tanacetum vulgare* L. В цветочных корзинках и листьях содержатся эфирное масло (главный компонент — бициклические тритерпеновые кетоны), а также флавоноиды и горькие вещества. Используют при раннем климаксе и гипоменструальном синдроме. Препараты нижды противопоказаны (1) беременным.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку соцветий заливают стаканом кипятка, кипятят 1—2 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 2 столовые ложки 3 раза в день перед едой.

Пион уклоняющийся (марьян корень) — *Paeonia anomala* L. Используют корень, в котором содержатся эфирное масло (до 1,6%), бензойная и салициловая кислоты, крахмал (до 78,5%), сахар (до 10%), гликозиды, танин и следы алкалоидов. В болгарской медицине корни пиона применяют в качестве средства, стимулирующего мускулатуру матки в последние годы, и в качестве abortивного средства. Настойку из корней пиона назначают как седативное средство при неврастенических состояниях, бессоннице, вегетативно-сосудистых нарушениях различной этиологии.

Способ применения. Настойку (10%) корней и травы пиона назначают по 30—40 капель 3 раза в день. Курс лечения — до 1 мес.

Подорожник большой — *Plantago major* L. В листьях содержатся гликозиды, каротин, аскорбиновая кислота, викасол, горькие дубильные вещества, слизь, смола, калий, олеаноловая и лимонная кислоты, сапонины, стерины, ферменты, фактор Т, способствующий повышению свертываемости крови.

Препараты подорожника оказывают кровоостанавливающее, ранозаживляющее, отхаркивающее, гипотензивное, противоязвенное действие, в отношении гемолитического стрептококка, палочки серо-зеленого гноя действуют бактериостатически. Они улучшают грануляцию ран, очищают флегмоны, фурункулы. Назначают при маточных кровотечениях у больных с воспалительными заболеваниями (эндометрит, миометрит, параметрит, аднексит), а также при женском бесплодии, обусловленном ановуляторными циклами.

Способ приготовления и применения. Настой: 1 столовую ложку измельченных листьев подорожника заливают стаканом

кипятка, охлаждают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день до еды при кровотечениях и как слабительное средство. Выпивают весь настой на ночь. Свежий сок подорожника, отжатый из листьев, применяют наружно для лечения трещин сосков, ран. Прикладывают салфетку, смоченную соком, 2—3 раза в день. Отвар из семян подорожника: 1 столовую ложку семян заливают стаканом воды, кипятят 5 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день в течение 1—2 мес для лечения женского бесплодия на почве гормональной недостаточности и при сахарном диабете.

Полынь обыкновенная — *Artemisia vulgaris* L. В траве полыни найдены эфирные масла, содержащие цинеол, борнеол; в листьях — эфирное масло, аскорбиновая кислота; в цветках — каротин, смолистые, слизистые и дубильные вещества, алкалоиды, инулин. Препараты из полыни усиливают сокращение матки, повышают выработку фолликулостимулирующего гормона гипофиза, оказывают жаропонижающее, антисептическое и общеукрепляющее действие.

Назначают при аменорее и гипоменструальном синдроме центрального генеза, влагалищных белях.

Способ приготовления и применения. **Настой:** 2 столовые ложки измельченной травы заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день до еды. **Раствор** для спринцевания при белях: 1 стакан настоя разводят в 1 л теплой кипяченой воды.

Почечуйная трава, горец почечуйный — *Polygonum persicaria* L. В траве почечуйной содержатся дубильные вещества (танин, галловая кислота), флобафены, эфирное масло, флавоноиды (гиперозид, авикулярин, кверцетрин), слизь, сахара, пектин, аскорбиновая кислота, уксусная и масляная кислоты, викасол.

Препараты горца почечуйного суживают сосуды матки, увеличивают свертываемость крови, усиливают диурез, оказывают выраженное кровоостанавливающее действие, повышают тонус мышц матки. Кроме того, они как нежное слабительное средство могут применяться при атонических спастических запорах.

Назначают при маточных кровотечениях на почве гипотонии матки и воспалительных заболеваниях ее, гиперменорее и геморроидальных кровотечениях, а также в качестве вяжущего и дезинфицирующего средства при вагините.

Способ приготовления и применения. **Настой:** 2 столовые ложки сухого измельченного растения заливают 2 стаканами кипятка, настаивают 10—15 мин. Пьют в теплом виде по 100 мл на прием 3 раза в день на протяжении 2—3 нед. Раствор для спринцевания получают путем разведения 100 мл настоя 1 л кипяченой воды. Спринцевание проводят 1—2 раза в день.

Почечный чай — *Orthosiphon stamineus Benth.* В листьях почечного чая содержатся гликозид ортосифонин, а также алкалоиды, органические кислоты (винная и лимонная), тритерпеновые сапонины, стеролы и много солей калия.

Препараты растения являются диуретиками, усиливают выделение из организма мочевины, мочевой кислоты и хлоридов, повышают секрецию желудочного сока, способствуют желчеотделению.

В акушерской практике назначают при поздних токсикозах беременных, болезнях печени, инфекции мочеполовых путей у беременных. Совместное применение почечного чая с сердечными гликозидами эффективно при сердечно-сосудистой недостаточности у беременных. Побочных явлений и противопоказаний не установлено.

Способ приготовления и применения. Настой: 1 чайную ложку травы заливают стаканом кипятка и настаивают в течение 10 мин, процеживают и выпивают в течение дня в 3 приема.

Проломник северный — *Androsace septentrionalis L.* Действующим началом растения, определяющим его биологическую активность, являются тритерпеновые сапонины. Настой проломника применяют как противозачаточное средство.

Способ применения. Настой травы пьют за 2 дня до начала менструации или сразу после ее окончания. Действие препарата продолжается в течение месяца. Само название растения (andr — муж, zase — дит), вероятно, указывает на его контрацептивные свойства.

Пустырник пятилопастный — *L. gninguelobatus Gilib.* В траве пустырника основными биологическими активными веществами являются феноловые гликозиды, один из которых идентичен рутину, содержатся также дубильные вещества, сапонины, алкалоид стахидрин.

Препараты пустырника обладают седативным действием, понижают артериальное давление и замедляют ритм сердечных сокращений. Они хорошо переносятся больными и эффективны в качестве успокаивающего средства при беременности. Назначают также при гипоменструальном синдроме и патологическом климаксе, протекающем с выраженной вегетососудистой дистонией.

Способ приготовления и применения. Отвар: 2 столовые ложки измельченной сухой травы заливают стаканом воды, кипятят 30 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день за 30 мин до еды.

Рута душистая — *Ruta graveolens L.* В ней содержатся флавонолрутин, эфирное масло, фурукумарин, бергаптен, ксантоксил, алкалоиды, горечи, рутовая, яблочная, салициловая и валериановая кислоты, эфиры.

Препараты оказывают спазмолитическое, противосудорожное, мочегонное, кровоостанавливающее действие, возбуждают аппетит и усиливают сокращение матки. Назначают при гипоменструальном синдроме, альгоменорее, неврастении и в климактерический период.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1—2 столовые ложки измельченных листьев заливают стаканом, воды, кипятят 3—5 мин, охлаждают, процеживают, принимают в 3 приема в течение дня. Свежий сок из листьев — наиболее эффективный препарат руты — принимают по 10—20 капель.

Рябина черноплодная — *Argonia melanosarpa Elliot*. В плодах содержатся инвертный сахар, глюкоза, фруктоза, сахароза (до 10,2% в зависимости от места произрастания), а также дубильные вещества, витамин Р, каротин и значительное количество витамина С. Ввиду содержания в соке и в плодах витаминов С и Р их применяют при ранних и поздних токсикозах беременных, сопровождающихся повышением артериального давления.

Способ применения. Сок рябины черноплодной (по 50 мл 3 раза в день) или плоды (по 100 г 3 раза в день) применяют в начальной стадии гипертонической болезни.

Рябина обыкновенная — *Sorbus aucuparia L.* В плодах рябины содержатся различные сахара (глюкоза, фруктоза, сахароза, сорбоза, сорбит), кислоты (яблочная, лимонная, янтарная), дубильные вещества, эфирное масло; витамины С, Е (кверцетин, изокверцетин, рутин — 2600 мг на 100 г), каротиноиды, токоферол, рибофлавин, антоциан, дубильные вещества, фосфолипиды, пектиновые вещества, а также спирт 25,3% и парааскорбиновая кислота.

Плоды рябины оказывают кровоостанавливающее и мочегонное действия, регулируют менструальный цикл. Их используют при маточных кровотечениях в климактерический период, для профилактики авитаминозов у беременных. Ягоды рябины применяют в свежем и сушеном виде в качестве лечебного и профилактического средства при состояниях, сопровождающихся витаминной недостаточностью, часто в сочетании с крапивой или шиповником. В народной медицине рябина издавна применялась как желчегонное средство. Органические кислоты, содержащиеся в рябине, содействуя ощелачиванию, способствуют выведению камней из почек и мочевых путей и препятствуют газообразованию в кишечнике. Препараты рябины противопоказаны при повышенной кислотности желудочного сока.

Способ приготовления и применения. Настой: 2 столовые ложки ягод заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и пьют в 3 приема до еды. Настойка: 200 г измельченных ягод заливают 1 л водки (45% спирт этиловый), настаивают

12 дней, процеживают и принимают по 1 чайной ложке 3 раза в день при нарушениях менструального цикла в климактерический период.

Раувольфия змеиная — *Rauwolfia serpentina Benth.* В корнях и корневищах содержится до 20 индольных алкалоидов (1—2%), из них наиболее изучен резерпин. Его применяют в качестве успокаивающего гипотензивного средства при лечении нефропатии. Назначают внутрь по 0,1 мг 2—3 раза в день с постепенным увеличением дозы до 1 мг в сутки в течение 1—2 нед в зависимости от индивидуальной переносимости и полученного эффекта.

Резерпин противопоказан (!) при язвенной болезни и атеросклерозе. Он иногда вызывает сонливость и общую слабость. Вместе с тем следует иметь в виду нежелательное свойство резерпина значительно истощать запасы катехоламинов в тканях, что может приводить к развитию трофических нарушений.

Помимо кристаллического резерпина, в медицинской практике используют суммарные препараты раувольфии, в частности раунатин (по 0,002 г). Его гипотензивное действие по сравнению с таковым резерпина проявляется медленнее, и для достижения одинакового гипотензивного эффекта требуется примерно в 4 раза большие дозы раунатина, но он меньше вызывает побочных явлений. Из препаратов раувольфии применяют также раувазан (аналогичен раунатину).

Ромашка аптечная — *Matricaria chamomilla L.* В ней содержатся 0,2—0,8% эфирного масла, гликозиды, холин, фитостерин, салициловая кислота, глицериды жирных кислот (олеиновой, линолевой и др.), а также аскорбиновая кислота, каротин, горечи, камеди.

Эфирное масло ромашки благодаря наличию хамазулена оказывает дезинфицирующее, потогонное и противовоспалительное действие. При вульвитах, вагинитах (кольпитах), эндоцервицитах назначают теплые сидячие ванночки из настоя ее цветков (можно с листьями эвкалипта поровну) или спринцевания. С этой целью можно применять препарат ромашки «Ромазулан». Эфирное масло ромашки ослабляет боли и нормализует нарушение функции желудочно-кишечного тракта. Хамазулен ослабляет и аллергические реакции. Ромашку аптечную используют для лечения острых и хронических воспалений слизистой оболочки желудка.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1—2 столовые ложки цветков заливают стаканом кипятка и кипятят 3—5 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день за 30 мин до еды. Настой для спринцевания и клизм: 1 столовую ложку цветков ромашки заливают 1 л кипятка, процеживают теплый раствор и используют для спринцевания утром и вечером.

Синюха голубая — *Polemonium coeruleum* L. Во всех частях растения содержатся тритерпеновые сапонины, в подземных — кроме сапонинов — смолистые вещества, липиды, органические кислоты, крахмал.

Препараты синюхи используют как кровоостанавливающее средство при маточных кровотечениях, а также как успокаивающее (в 8—10 раз активнее валерианы).

Способ приготовления и применения. Настой: 2 чайные ложки измельченного корня заливают стаканом кипятка, кипятят 30 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3—4 раза в день.

Смородина черная — *Ribes nigrum* L. В плодах содержатся аскорбиновая кислота (до 400 мг на 100 г), витамин Р (1000 мг и более на 100 г), В₁, В₂, каротин. Большое содержание витамина Р в значительной степени повышает ценность черной смородины как поливитаминного сырья. Ягоды богаты сахарами (до 17 мг%), органическими кислотами (яблочной и лимонной), флавоноидами. В листьях также найдена аскорбиновая кислота (300—400 мг на 100 г ягод). В черной смородине, произрастающей в северных областях, обнаружено больше витамина С. Черная смородина почти не содержит ферментов, разрушающих аскорбиновую кислоту, поэтому она хорошо сохраняется в замороженных ягодах.

Черную смородину используют для лечения и профилактики авитаминозов у беременных и в комплексе лечебных мероприятий при различных заболеваниях, связанных с увеличением проницаемости сосудов и капилляров. Почки и листья черной смородины в виде настоя или чая применяют как мочегонное средство при мочекаменной болезни, пиелонефритах, циститах. Листья смородины включают в состав витаминных сборов с листьями малины, брусники, плодами шиповника.

Способ приготовления и применения. Настой: 1 столовую ложку измельченных листьев заливают 2 стаканами кипятка, настаивают в течение ночи, процеживают и принимают по 1/2 стакана 4 раза в день. Ягоды используют в свежем и сухом виде и в виде варенья.

Сосна обыкновенная — *Pinus silvestris* L. В медицине используют «почки» (укороченные побеги), живицу и хвою сосны. В «почках» сосны содержатся эфирное масло, смолы, крахмал, дубильные вещества, пинен; в хвое — аскорбиновая кислота, дубильные вещества, алкалоиды, эфирное масло.

Препараты из сосновых почек назначают как витаминное, отхаркивающее, дезинфицирующее и мочегонное средство. Скипидар обладает противомикробным и дезинфицирующим свойствами. Препараты из «почек» сосны применяют при кольпите, дисплазии шейки матки, простудных заболеваниях. При заболе-

вании верхних дыхательных путей у беременных используют скипидар для компрессов как наружное отвлекающее средство. При бронхите с обильным выделением мокроты прописывается ингаляция скипидара. Сосновые почки входят в состав грудных чаев, рекомендуемых при простудных заболеваниях у беременных. Терпингидрат назначают как отхаркивающее средство при бронхите (по 0,25—0,3 г 2—3 раза в день).

Способ приготовления и применения. Отвар из «почек» сосны: 10 г сырья заливают стаканом воды, кипятят 2 мин, процеживают. Применяют для спринцеваний и ванночек при дисплазии шейки матки.

Софора толстоплодная — *Sophora pachycarpa* C. A. Mey. В траве содержатся алкалоиды (2—3%), главным образом пахикарпина. В медицине применяют йодисто-водную соль пахикарпина. Основная особенность его действия — способность блокировать Н-холинорецепторы вегетативных ганглиев.

Пахикарпин применяют для стимуляции сокращений матки. Лучший эффект наблюдается при начавшейся родовой деятельности, слабости родовых схваток и раннем отхождении околоплодных вод: в послеродовом периоде он способствует инволюции матки и уменьшению кровопотери. Для стимуляции родовой деятельности назначают внутримышечно или ректально по 3—5 мл 3% раствора пахикарпина 2—3 раза в сутки в дозе 0,1—0,5 г. При необходимости введение его повторяют не ранее чем через 1—2 ч.

Пахикарпин не рекомендуется (1) применять при заболеваниях печени, почек, лихорадочных заболеваниях, расстройствах сердечной деятельности.

Солодка голая — *Glycyrrhiza glabra* L. В корнях и подземных побегах солодки содержатся тритерпены (до 23%): глицерризин, представляющий собой калиевую, кальциевую соли трехосновной глицерризиновой кислоты, сапонины. Помимо глицерризина, в корнях солодки голой найдено более 20 флавоновых гликозидов (ликвиртинин, ликвиритозид, ликвиритигенин — 7,4-диоксифлавоон и др.), глабровая кислота, стероиды (фитостерин), аспарагин, эфирное масло (0,03%), аскорбиновая кислота и другие вещества.

Препараты корня солодки применяют как отхаркивающее, смягчительное, слабительное средство. Глицерризиновая кислота регулирует водно-солевой обмен в организме, действуя подобно дезоксикортикостерону, оказывают противовоспалительное, антиаллергическое и антибиотическое действие. Флавоноидные соединения проявляют ранозаживляющее, спазмолитическое и противовоспалительное действие.

Корень солодки назначают при ранних, поздних токсикозах беременных, запорах, многоводии; при острых и хронических

воспалительных заболеваний женских половых органов, патологически протекающем климаксе.

Препараты и способ применения. Корень солодки голой входит в состав порошка солодкового корня сложного, применяемого как слабительное средство; экстракты солодкового корня сухой и густой включены в состав грудного эликсира, слабительных пилюль и мочегонных сборов.

Галеновые препараты из корней солодки: ликвиритон принимают по 1 таблетке 3—4 раза в день как противовоспалительное, спазмолитическое средство; гранулы «Флакарбин» — по 1/2 чайной ложки 3 раза в день перед едой; глицирам — по 0,05—0,12 2—4 раза в день (за полчаса до еды) как противовоспалительное, антиаллергическое средство.

Спорынья — *Claviceps purpurea Tulasne*. В спорынье содержится 7 пар стереоизомерных индольных алкалоидов — каждому левовращающему и физиологически активному алкалоиду соответствует его правовращающий слабоактивный стереоизомер. Составной частью левовращающих эргоалкалоидов (производных эрголина) является лизергиновая кислота. Рожки спорыньи содержат также эргостерин (0,1%), при облучении превращающийся в витамин D₂; разные амины (тирамин, гистамин и др.) азотсодержащие соединения — холин, ацетилхолин. В спорынье много жирного масла (до 5%), имеются молочная кислота и другие соединения.

Препараты спорыньи применяют при атонии матки и связанных с нею маточных кровотечениях. Кровоостанавливающее действие связано главным образом со сжатием стенок сосудов при сокращении мускулатуры матки. В послеродовом и послеабортном периоде препараты спорыньи ускоряют обратное развитие матки. Их назначают также при меноррагиях (менструальные кровотечения) и маточных кровотечениях, не связанных с нарушением менструального цикла.

Противопоказаниями (1) к применению препаратов спорыньи являются беременность и период родов из-за опасности выкидыша или ввиду возможной асфиксии плода вследствие тонического сокращения матки.

Эрготал, представляющий смесь фосфорнокислых солей алкалоидов спорыньи, назначают внутрь по 0,0005—0,001 г 3 раза в день или вводят подкожно или внутримышечно по 0,00025—0,0005 г в 0,05% растворе для инъекций. Противопоказаниями к применению являются гипотония, атеросклероз, инфаркт миокарда, нарушения функции почек и старческий возраст.

Эргометрин — один из главных алкалоидов. Сильнее и быстрее, чем другие алкалоиды, действует на мускулатуру матки, повышая ее тонус и увеличивая частоту сокращений. В акушер-

ской практике применяют эргометрин (в виде эргометрина малеата) при кровотечениях после ручного отделения последа, при ранних послеродовых кровотечениях, кровотечениях на почве миом матки и др. Противопоказан во время беременности, в I и II периоде родов. Назначают внутрь по 0,0002 или 1 мл 0,02% раствора внутримышечно.

Аналогичное применение в акушерской практике находят этил-эргометрин и эрготамин. Дигидрированные алкалоиды спорыньи обладают меньшим маточным действием, но у них проявляется адренолитическое действие, в связи с этим они применяются при гипертензии, эндартериитах, болезни Рейно, стенокардии, мигрени, спазмах сосудов сетчатой оболочки. Из дигидрированных алкалоидов спорыньи в медицине применяются дигидроэрготоксин и дигидроэрготамин.

Сферофиза солонцовая — *Sphaerophysa salsula* (pall.) D.C. В ней содержатся алкалоиды (до 0,4%), в частности сферофизин.

Сферофизин как средство, ускоряющее обратное развитие матки и способствующее прекращению кровотечений, применяют при кровотечениях в послеродовом периоде и при атонии матки, а также при слабости родовой деятельности. Назначают роженицам, страдающим гипертонической болезнью и атеросклерозом, которым противопоказан эргометрин. Его используют как гипотензивное средство при гипертонической болезни I и II стадии. Высшая разовая доза — 0,05 г.

Танин — *Tanninum, Acidum tannicum*. Применяют в качестве вяжущего и противовоспалительного средства.

Вяжущее свойство танина и других вяжущих средств связано с их способностью вызывать осаждение белков с образованием плотных альбуминатов. При нанесении на слизистые оболочки или на раневую поверхность они вызывают частичное свертывание белков слизи или раневого экссудата и приводят к образованию пленки, защищающей от раздражения чувствительные нервные окончания подлежащих тканей. Уменьшение при этом болезненных ощущений, местное сужение сосудов, ограничение секреции, а также непосредственное уплотнение клеточных мембран способствуют уменьшению воспалительной реакции.

Танином (5% и 10% растворы) смазывают трещины соска, а также язвы, ожоги, пролежни. Водные или глицериновые растворы (1—2%) назначают при воспалительных процессах в полости рта, носа, зева и гортани. Противопоказано (1) применять танин внутрь в качестве противопроносного средства, так как он в первую очередь взаимодействует с белком слизистой оболочки желудка, и в виде клизм (при наличии трещин в прямой кишке возможно образование тромбов). Его используют в качестве про-

тивоядия при отравлении солями тяжелых металлов и некоторых алкалоидов.

Тмин обыкновенный — *Carum carvi* L. С медицинской целью используют плоды, основная действующая часть их — эфирное масло, главным компонентом которого является карвон (до 60%), а также тритерпеновые соединения, дубильные вещества.

Назначают для увеличения количества молока при гипогалактии у кормящих матерей, улучшения пищеварения, при атонии, а также как обезболивающее средство при альгоменорее. Тмин расслабляет гладкую мускулатуру (кишечник, матка, мочеточники), усиливает диурез. Его часто применяют в сборах — чаях при болях в кишечнике, метеоризме, для усиления секреторной функции пищеварительных желез в сочетании с валерианой, ромашкой, мятой, укропом, семенами петрушки.

Способ приготовления и применения. Настой: 1—2 чайные ложки толченых плодов заливают стаканом кипятка, настаивают 20 мин, пьют по 1/4 стакана 3 раза в день. Тминное масло принимают по 1—3 капли на сахаре несколько раз в день.

Толокнянка обыкновенная, медвежье ушко — *Arctos-taphylos uva ursi* (L.) Spreng. В листьях содержится иногда до 25% арбутина и метиларбутина, а также около 30—35% дубильных веществ пирогалловой группы, галловая кислота, небольшое количество эфирного масла.

Препараты растения оказывают антисептическое действие, обусловленное гидрохиноном, образующимся в организме при гидролизе арбутина и выделяющимся с мочой, приобретающей зеленый и темно-зеленый цвет.

Препараты растения оказывают также мочегонное, дезинфицирующее и диуретическое действие. Толокнянку применяют главным образом при цистите и пиелите у беременных.

Способ приготовления и применения. Отвар: 10 г измельченных листьев заливают стаканом воды комнатной температуры, кипятят 15—30 мин, процеживают и принимают по 1/3 стакана 3 раза в день. Для большей эффективности препараты толокнянки рекомендуется принимать с содой (1 чайную ложку).

Тысячелистник обыкновенный — *Achillea millefolium* L. Содержит эфирное масло, основным компонентом которого является хамазулен (до 40%). Горький вкус травы обусловлен ахиллином, который переходит в водные и спиртовые препараты тысячелистника. Трава тысячелистника, содержащая витамин К, обладает кровоостанавливающим, антиаллергическим, ранозаживляющим, противовоспалительным действиями.

Препараты из травы тысячелистника усиливают сокращение матки, оказывают обезболивающее действие при заболеваниях пищеварительной системы. Кровоостанавливающее действие пре-

паратов связано с увеличением числа тромбоцитов, что усиливает свертываемость крови и сокращает время остановки кровотечения. По силе и продолжительности действия на процесс свертывания крови 0,5% настойка тысячелистника превосходит раствор кальция хлорида в разведении 1:200. Сок растения в концентрации 5:100 ускоряет свертывание крови на 60—80%.

Препараты тысячелистника применяют как кровоостанавливающее средство при местных (носовых, зубных и др.), легочных и маточных кровотечениях, фибромиомах, метропатиях, геморроидальных кровотечениях, заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, колиты), воспалении мочевыводящих путей.

Способ приготовления и применения. Отвар или чай: 1—2 чайные ложки травы заливают стаканом кипятка, кипятят 3—5 мин, охлаждают, процеживают и выпивают в 3 приема за 1 день.

Укроп огородный — *Anetum graveolens* L. Во всех частях укропа содержатся эфирное масло (в плодах — до 4%), белковые и минеральные вещества; в свежей зелени укропа — витамин С (до 150 мг на 100 г), каротин (6,5 мг на 100 г), а также флавоноиды (кверцетин, изорамиетин и кемпферол).

Настой семян укропа оказывает спазмолитическое действие на кишечник, уменьшает его перистальтику, увеличивает диурез, усиливает лактацию.

Препарат из семян укропа назначают при гипогалактии, альгоменорее, токсикозах беременных, ревматизме и других сердечно-сосудистых заболеваниях беременных, при патологическом климаксе, хронической коронарной недостаточности, неврозах.

Способ приготовления и применения. Настой: 20 г семян заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают, принимают в 3 приема. Настойка: 10 г семян заливают 100 мл 40% спирта этилового (водки), настаивают 10—12 ч, принимают по 1—3 чайные ложки в сутки.

Фасоль обыкновенная — *Phaseolus vulgaris* L. Лекарственным сырьем являются створки бобов фасоли, заготавливаемые от свежих (не высохших) стручков. В семенах содержатся фазеолин, протеаза, холестерин, лецитин, углеводы, лимонная кислота и др.

Препараты из створок плодов фасоли снижают содержание сахара в крови при сахарном диабете. Возможно длительное их применение при сахарном диабете у беременных. При этом особенно эффективна смесь створок фасоли, листьев черники, семян льна и овсяной соломы. Семена фасоли назначают также при анемии, ожирении и нарушении фосфорно-кальциевого обмена у беременных для профилактики рахита у плода.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку измельченных створок фасоли заливают стаканом кипятка, кипятят 10 мин, охлаждают, процеживают, принимают по 2 столовые ложки 3 раза в день. Сбор следующего состава — по 2 части створок фасоли, листьев черники, овсяной соломы (мелко нарезанных) и 1 часть льняного семени. Отвар: 3 столовые ложки смеси заливают 3 стаканами кипятка, кипятят 20 мин, пьют по 3 столовых ложки 3 раза в день.

Фенхель обыкновенный (укроп аптечный) — *Foeniculum vulgare* Mill. Содержит эфирное масло (2—6%), в составе которого обнаружены анетол (до 60%), метилхавикол, анисовый альдегид и др. Плоды фенхеля обладают лактогенным, антиспазматическим, противорвотным действием, улучшают кровообращение в малом тазу.

Назначают при болезненных менструациях, половом инфантилизме, гипогалактии.

Препараты и способ применения. Семя фенхеля принимают внутрь по 1 чайной ложке перед едой, запивают 1/4 стакана воды; масло фенхеля — по 3—5 капель на сахаре. Фенхелевую воду (водный раствор фенхелевого масла 1:1000) назначают по 1 чайной или столовой ложке при метеоризме.

Для стимуляции лактации следующий сбор: плоды аниса, укропа, фенхеля, трава душицы (поровну). Чайную ложку измельченной смеси заваривают стаканом кипятка, настаивают 30 мин, процеживают, пьют по стакану 2—3 раза в день.

Фиалка трехцветная, иван-да-марья — *Viola tricolor* L. Фиалка полевая — *Viola arvensis* Murr. В траве содержатся рутин и антоциановые гликозиды, а в цветущей — еще эфирное масло, каротин (до 40 мг%), витамин С, сапонины.

Препараты фиалки оказывают мочегонное, потогонное, дезинфицирующее и отхаркивающее действие. Они способствуют сокращению матки в послеродовой период. Их назначают при плохой инволюции матки в послеродовой период, хроническом и остром бронхите.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1 столовую ложку травы заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и принимают в 3 приема перед едой.

Хвощ полевой — *Equisetum arvense* L. В траве хвоща полевого содержатся ряд алкалоидов (эквизетин, никотин), а также сапонины, органические кислоты (яблочная, щавелевая и др.), жирное (3,3%) и эфирное масла, кремниевая кислота (до 25%), горечи, дубильные вещества, смолы, витамин С и каротин.

Хвощ полевой усиливает и ускоряет мочеотделение; оказывает кровоостанавливающее и противовоспалительное действие;

способствует выведению свинца из организма. Препараты из хвоща полевого действуют с первого дня приема и в течение 2—3 дней после отмены. Их применяют строго по назначению врача, так как они могут вызывать раздражение почек, поэтому противопоказаны при нефритах и нефрозо-нефритах.

Используют препараты хвоща как кровоостанавливающее средство при маточных кровотечениях и как мочегонное средство при отеках сердечного происхождения.

Способ приготовления и применения. **Н а с т о й:** 1 столовую ложку измельченной травы заливают стаканом кипятка, охлаждают, процеживают и выпивают в 3 приема за день. **О т в а р:** 2 столовые ложки измельченной травы заливают стаканом воды, кипятят 30 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день. Свежий сок пьют по 1 чайной ложке 3 раза в день после еды.

Хинная кора — *Cortex Chinae (Cortex Cinchonae)*. В коре стволов, ветвей и корней содержится очень большое количество алкалоидов (до 30%): хинин, хинидин, цинхонин и др. В структурном отношении все хинные алкалоиды представляют собой сочетание хинолинового и хинуклидинового колец. В хинной коре содержатся также хинная и хиннодубильная кислоты и очень горький гликозид хинотанин.

Хинин оказывает регулирующее влияние на организм. Помимо наличия противомаларийных, антиаритмических и других свойств, он оказывает возбуждающее действие на мускулатуру матки.

В акушерской практике соли хинина (чаще гидрохлорид) назначают для возбуждения и усиления родовой деятельности (при переношенной беременности, преждевременном отхождении околоплодных вод и др.). Применяют хинин также при гипотонии матки в раннем послеродовом периоде. Он противопоказан (!) при чувствительности к препарату, гемоглобинурийной лихорадке, заболеваниях среднего и внутреннего уха.

Хлопчатник — *Gossypium L.* В хлопковом волокне содержатся 95% клетчатки, белки и небольшое количество смолистых веществ; в семенах — жирное масло (около 40%), госсипол и его производные; в коре корней — витамины К и С, госсипол, триметиламин и дубильные вещества; в листьях — лимонная (5—7%) и яблочная кислоты.

Отвар и жидкий экстракт из коры корней хлопчатника, обладающие кровоостанавливающим действием, применяют при маточных и внутренних кровотечениях.

Способ приготовления и применения. **О т в а р:** 10 г измельченной сухой коры корней заливают стаканом воды, кипятят 15—20 мин, охлаждают и пьют 3 раза после еды.

Хлорофиллит — *Chlorophyllum*. Препарат, содержащий смесь хлорофиллов, находящихся в листьях эвкалипта круглого. Он обладает антибактериальной активностью.

Способ применения. Назначают исходный 1% спиртовой раствор, разводят в соотношении 1:5 в 0,25% растворе новокаина при ожогах и трофических язвах. 1% спиртовой и 2% масляный растворы используют при эрозии шейки матки (смачивание канала шейки матки и эрозии, смазывание вводимых во влагалище тампонов); раствором, получаемым разведением 1 столовой ложки 1% спиртового раствора в 1 л воды, проводят спринцевание влагалища.

При носительстве стафилококков в кишечнике назначают внутрь (5 мл 1% спиртового раствора разводят в 30 мл воды; ежедневно 3 раза в день за 40 мин до еды) и клизмах (20 мл 1% спиртового раствора разводят в 1 л воды). При септических состояниях, пневмониях препарат вводят внутривенно (2 мл 0,25% раствора) 4 раза в сутки. При применении хлорофиллита возможны аллергические реакции (1).

Хмель обыкновенный — *Humulus lupulus L.* В соплодиях, или «шишках» хмеля содержатся горькое вещество лупулин, гумуленовая и валериановая кислоты, эфирное масло, смола, холин, желтый пигмент. Некоторые растения способны синтезировать вещества, близкие по действию к галактину.

Настой или отвар из хмеля назначают при нарушениях менструального цикла — аменорее, гипоменструальном синдроме на почве гипофункции (эстрогенной недостаточности) яичников, а также при гипергалактии для прекращения лактации.

Способ приготовления и применения. Отвар: 10 г сухих измельченных соплодий («шишек») хмеля заливают стаканом воды, кипятят 15—20 мин, охлаждают и выпивают в 3 приема после еды. Настой: 1 чайную ложку измельченных «шишек» заливают стаканом кипятка и выпивают небольшими глотками, лучше всего вечером.

Эфирное масло из «шишек» хмеля — составная часть седативного коронарорасширяющего препарата валокордина (ГДР).

Черника обыкновенная — *Vaccinium myrtillus L.* В ягодах черники содержатся сахар, лимонная, яблочная, молочная, янтарная, щавелевая, хинная кислоты, глюкозид гликонин, краситель миртиллин, дубильные и пектиновые вещества, минеральные соли, витамины А, В₁, В₂, С, F.

Ягоды черники оказывают вяжущее действие, неомиртиллин из листьев проявляет противодиабетические свойства. В акушерско-гинекологической практике используют при гепатите, анемии, гастрите с пониженной кислотностью и других заболеваниях пищеварительного тракта у беременных; при диабете.

Отвар из листьев черники (60 г на 1 л кипятка) действует на организм подобно инсулину и применяется при диабете. Свежие ягоды черники рекомендуется (длительно) употреблять при хроническом запоре и ревматизме у беременных. Сушеные ягоды (в виде киселя) используют при острых хронических поносах. Сироп из ягод черники употребляют при гепатите, анемии, пониженной кислотности желудочного сока.

Способ приготовления и применения. Отвар: 1—2 чайные ложки толченых ягод заливают стаканом кипятка, применяют по 2—3 столовые ложки 3 раза в день; можно пить как чай, лучше с медом.

Чеснок — *Allium sativum* L. В луковичках содержатся эфирное масло, в состав его входят аминокислота аллин, превращающаяся под действием фермента аллиназы в аллицин, придающий чесноку специфический запах эфира и являющийся основным фитонцидным веществом, обладающим антибиотическими свойствами; фитостерин, витамины группы В, С, D, йод, инулин, жиры, полисахариды и др.

Препараты чеснока оказывают протистоцидное, бактерицидное, фунгицидное, противоглистное и мочегонное действие; замедляют сердечный ритм, расширяют периферические и коронарные сосуды, уменьшают количество холестерина в крови, понижают артериальное давление, уменьшают гестит, угнетают лактацию. Кашицу из чеснока назначают для лечения трихомонадного кольпита, настойку при патологическом климаксе как общеукрепляющее средство.

Способ приготовления и применения. Кашица: протирают 3—4 зубчика чеснока, помещают полученную кашку в марлю (10×10 см), завязывают и вводят тампон во влагалище на 4—6 ч (утром и вечером). Для прекращения лактации съедают 30 г чеснока в день. Настойка: 1 часть растертого чеснока заливают 2 частями водки (45% спирта этилового), настаивают в темном месте 12 дней, процеживают и принимают по 1/2 чайной ложки 3 раза в день до еды на протяжении 4—6 дней.

Чистец лесной — *Stachys silvaticus* L. В траве содержатся стахидрин, холин, аллантоин, а также дубильные вещества, смолы, эфирное масло, витамины, органические кислоты.

Экстракт чистеца используют в качестве средства, усиливающего сократительную активность матки, а также при субинволюции матки после родов и аборт, при функциональных маточных кровотечениях (воспалительного характера), кровотечениях на почве фибромиом.

Препарат и способ применения. Экстракт чистеца буквицецветного — галеновый препарат. Принимают по 20—30 капель 4 раза в день. Препарат противопоказан (!) при беременности.

Чистотел большой — *Chelidonium majus* L. Во всех частях растения содержатся алкалоиды (в траве — 2%, в корнях — до 4%). Состав алкалоидов очень сложен и по структуре может быть отнесен к разным типам изохолиновых производных. К алкалоидам подгруппы протоберберина относятся берберин, коптисин и др. Берберином обуславливается оранжевая окраска млечного сока. К алкалоидам подгруппы бензфенантридина относятся хелидонин, сангвинарин и др. Сангвинарину присущи бактерицидные и фунгицидные свойства.

Помимо алкалоидов, в траве чистотела содержатся сапонины, флавоноиды, аскорбиновая кислота (170 мг в 100 г), витамин А (до 20 мг на 100 г) и органические кислоты (яблочная, хелидоновая и янтарная); в плодах — жирное масло (до 40—68%), липаза. Препараты из травы чистотела способствуют повышению содержания гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов в крови, оказывают болеутоляющее действие при заболеваниях печени, желчного пузыря и состояниях, обусловленных спазмом гладкомышечных органов, так как алкалоид хелидонин — сильное спазмолитическое средство.

Назначают при белых, кольпите, альгодисменорее, патологическом климаксе, онкологических заболеваниях. Препараты чистотела противопоказаны (!) при беременности. Их применяют только по назначению.

Способ приготовления и применения. Настой: 20 г измельченной травы или корня заливают стаканом кипятка, охлаждают, принимают по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день до еды. Настой для спринцеваний: 30 г измельченной травы заливают 1 л кипятка, настаивают 3—4 ч, процеживают и применяют для спринцеваний, ванночек и микроклизм.

Шалфей лекарственный — *Salvia officinalis* L. В листьях содержатся эфирное масло до 2,5%, а также алкалоиды, флавоноиды, дубильные вещества, урсоловая, олеаноловая кислоты и др.

Настой из листьев шалфея назначают беременным для полоскания полости рта при слюнотечении и тошноте. Помимо действия на слюнные железы, препараты шалфея понижают секрецию молочных и потовых желез (применяют при обильном потоотделении у больных туберкулезом и в климактерическом периоде).

Назначают при воспалительных заболеваниях влагалища, белых и эндоцервиците, воспалениях зева, миндалин, желудочных и кишечных воспалениях, метеоризме, хронических холециститах. В виде настоя шалфей употребляется также для компрессов при труднозаживающих и гнойных ранах.

Способ приготовления и применения. Настой: 20 г измельченных листьев шалфея заливают стаканом кипятка, настаивают

10 мин, охлаждают, процеживают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день. Для наружных целей: приготовленный настой после охлаждения разводят кипяченой водой до 1 л.

Шиповник — *Rosa sp.* В плодах шиповника коричневого найдены сахара (23,9%), пектиновые вещества (до 14%), яблочная и лимонная кислоты, соли калия, натрия, кальция, магния, фосфора, железа, витамины С (до 1500 мг на 100 г плодов), Р (4%), Е (170%), В₂ и К₁, дубильные вещества (4,6%), антоцианы (45 мг%). Масло шиповника содержит не менее 40 мг на 100 г токоферолов, не менее 55 мг в 100 г каротиноидов.

Препараты шиповника широко применяют при ювенильных и климактерических кровотечениях, тромбозах, кровотечениях, связанных с развитием фибромиомы матки или воспалительного процесса в ней, токсикозах беременных, слабости родовой деятельности, кровоизлияниях в мозг у новорожденных и септических заболеваниях у них, гипогалактии, бесплодии, климактерических неврозах, развитии септических заболеваний в послеродовом, послеабортном и послеоперационном периодах.

Фармацевтическая промышленность изготавливает из плодов шиповника сиропообразную жидкость (холокас), применяемую при холецистите и гепатите, витаминизированный сироп, экстракты, таблетки с витаминами С и Р. Масло шиповника и каротолин используют для клизм, ванночек, смазывания салфеток, прикладываемых к трещинам сосков 1—2 раза в день.

Способ приготовления и применения. Отвар: 2 чайные ложки измельченной коры плодов заливают стаканом воды, кипятят 15 мин, охлаждают, процеживают и разводят 1 л воды. Проводят спринцевание 2 раза в день. Экстракт коры плодов шиповника с сиропом (галеновый препарат) принимают по 1/2 чайной ложки несколько раз в день.

Эвкалипт круглый — *Eucalyptus globulus Labill.* В листьях эвкалипта содержится эфирное масло, в котором обнаружены цинеол (до 80%), пинен, миртенол, изовалериановый, кумариновый, каприловый альдегиды, этиловый, амиловый и изобутиловый спирты, дубильные вещества.

Эвкалиптовое масло — мощное антисептическое средство, более сильное, чем риванол, карболовая кислота. Цинеол в виде паров и эмульсии губительно действует на возбудителей дифтерии, дизентерии, на стрепто- и стафилококки, брюшнотифозную палочку. Настой и отвар из листьев эвкалипта используют наружно для примочек, промываний, спринцеваний при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Кроме того, водные вытяжки (настой и отвары) применяют при инфицированных ранах, флегмонах, абсцессах, гнойных маститах, хронических, острых, миелитах, хронических трофических язвах голени. Отвар эвкалипта

липта назначают в виде ингаляций (несколько раз в сутки) при заболеваниях верхних дыхательных путей. Настойку из листьев эвкалипта применяют в качестве противовоспалительного и антисептического средства при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и полости рта. Эвкалиптовое масло входит в состав многих комбинированных препаратов (пектусин, ингакамф, ингалипт, хлорэтон, каметон). При невралгиях, воспалении суставов и мышц назначают мазь «Эвкамон».

Препараты и способ их приготовления. Настойка эвкалипта — галеновый препарат. Раствор для спринцеваний: 1—2 чайные ложки настойки растворяют в 1 л кипяченой воды. Настой для спринцеваний: 30 г листьев заливают 1 л кипятка, настаивают, процеживают. Масло эвкалипта — галеновый препарат. Его растворяют в подсолнечном масле (1:50) и применяют для лечения кольпита, дисплазии шейки матки. В табл. 20 представлены данные о наиболее часто применяемых лекарственных растениях в акушерско-гинекологической практике.

Таблица 20

Применение лекарственных растений в акушерстве и гинекологии

Название растения	Маточ- но-крово- тоече- ния	Расту- щие жен- ские ре- продук- тивные функции	Влия- ние на заболева- ния же- лудоч- но-кишеч- ной по- лости	Влия- ние на заболева- ния по- ловой системы	Осложне- ния при беремен- ности	Осложнения родовой дея- тельности и послеродовых заболеваний
Абрикос			+	+	+	+
Аир болотный					+	
Аллиглицер						+
Алоэ древовидное		+				+
Анис обыкновенный					+	+
Арбуз съедобный					+	+
Арника горная	+		+			+
Астрагал шерсти- стоцветковый					+	
Барбарис обыкно- венный	+					+
Бадан толстоли- стный	+					
Барбарис малый	+				+	
Береза пушистая, б. бородавчатая					+	
Бессмертник песча- ный					+	
Возрышник пятна- стичный						+
Брусника обыкно- венная					+	
Бузина черная			+		+	
Вахта трехлистная					+	

Продолжение табл. 20

Валериана лекарственная				+	+	
Василек синий					+	
Василистник вонючий					+	
Водной перец	+					
Галега лекарственная (козлятник)						+
Горец змеиный (раковые шейки)	+		+			+
Гранат			+		+	+
Девясил высокий					+	
Дуб обыкновенный	+		+			+
Душица обыкновенная		+	+			+
Ежевика сизая				+	+	
Женьшень		+		+		
Жостер слабительный				+	+	+
Зайцегуб опьяняющий	+					+
Зверобой продырявленный	+	+	+	+		+
Земляника лесная			+		+	
Золототысячник зонтичный	+		+			+
Капуста белокочанная					+	
Калина обыкновенная				+		+
Каланхоэ перистое				+		+
Кледевиана обыкновенная						+
Клевер луговой					+	
Клопогон даурский				+	+	
Конский каштан	+					
Крестовник плоскolistный		+		+		
Костяника каменистая		+		+		
Картолин			+			+
Крапива двудомная	+		+	+	+	+
Кровохлебка лекарственная	+		+	+		
Кукуруза				+	+	
Ламинария (морская капуста)					+	+
Лапчатка прямостоячая			+		+	
Липа сердцевидная					+	
Лимон				+	+	+
Лимонник китайский					+	
Магнолия крупнолистковая				+	+	
Масло шиповника			+			+
Мать-и-мачеха			+		+	
Морковь посевная				+	+	

Продолжение таблицы 20

Можжевельник обыкновенный			+		+	
Мята перечная					+	
Натрия уснинат			+			
Ноготки лекарственные			+			+
Облепиха				+	+	+
Облепиховое масло					+	+
Одуванчик лекарственный					+	
Пассифлора инкарнатная		+		+		
Пажитник сенной						+
Паста хлорофиллокаротиновая			+			+
Пастушья сумка				+		+
Патриция средняя	+	+			+	
Петрушка курчавая		+			+	
Пижма обыкновенная		+		+		
Пион уклоняющийся	+				+	+
Полынь обыкновенная		+				
Почечный чай					+	
Подорожник большой				+		
Пустырник сердечный и пятилопастной		+		+	+	
Раувольфия змеиная					+	+
Роза дамасская					+	
Ромашка аптечная			+		+	
Рута душистая		+	+	+	+	
Рябина черноплодная					+	
Рябина обыкновенная		+		+	+	+
Синюха голубая	+				+	+
Смирновия туркестанская				+	+	+
Смородина черная					+	
Сосна обыкновенная			+			+
Софора толстоплодная						+
Спорыш					+	
Солодка голая				+	+	
Спорынья	+			+		+
Сферофиза солонцовая	+					+
Танин	+					+
Толокнянка обыкновенная					+	
Тмин обыкновенный					+	
Тысячелистник обыкновенный	+		+			+

Окончание таблицы 20

Укроп огородный		+		+	+	+
Фиалка трехцветная					+	+
Фиалка полевая					+	
Фасоль обыкновенная					+	+
Фенхель обыкновенный (укроп аптечный)		+		+		
Хвощ полевой	+				+	+
Хлопчатник	+					+
Хлорофиллит			+			
Хмель обыкновенный		+		+		+
Хинная кора				+		+
Чистотел большой				+		+
Черника обыкновенная					+	
Чеснок			+	+		+
Чистец лесной	+					+
Шиповник				+	+	+
Шалфей лекарственный			+		+	
Эвкалипт круглый			+	+		+
Эвкомия вьющая						+

СБОРЫ ДЛЯ РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕНСТРУАЦИЙ

1. Крушина, кора
Ежевика, лист
Мята перечная
Тысячелистник, трава
Валериана, корень по 20 г
#
2. Крушина, кора
Калина, кора
Пырей, корневище по 20 г
#
3. Вахта трёхлистная, листья
Зверобой, трава
Валериана, корень
Рута, трава
Ромашка аптечная, цветки
Тысячелистник, трава по 15 г
#

4. Мелисса, листья
 Мята перечная, листья
 Ромашка аптечная, цветки
 Календула, цветки
 Валериана, корень
 Крапива глухая, цветки
 Рута, трава
 Крушина, корень по 10 г
 #
5. Горец птичий, трава 10 г
 Хвощ полевой, трава 10 г
 Лапчатка гусиная, трава 50 г
 #
6. Рута, трава
 Лапчатка гусиная, трава по 20 г
 #

Способ приготовления и применения. Столовую ложку сбора заливают стаканом кипятка, остужают, процеживают. Стакан выпивают за день глотками. Рекомендуется при дисменорее (для сборов 1—6).

7. Крушина, кора
 Мелисса, листья
 Лапчатка гусиная, трава по 25 г

Способ приготовления и применения. Готовят, как сбор 1. Лечение назначают за 3—7 дней до начала менструации и заканчивают в первые дни появления. Пить по стакану 4 раза в день в течение 5 дней.

8. Шандра, трава
 Зверобой, трава
 Тимьян ползучий, трава
 Золототысячник, трава по 25 г

Способ приготовления и применения. Готовят — как сбор 1. Принимают по стакану утром и вечером.

9. Валериана, корень
 Мята перечная, листья по 30 г
 Ромашка аптечная, цветки 40 г

Способ приготовления и применения. Отвар: столовую ложку сбора заливают стаканом кипятка, выпивают по стакану утром и вечером.

СБОРЫ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕНСТРУАЦИЙ**10. Крушина, кора**

Рута, трава по 20 г

Розмарин, листья 70 г

Способ приготовления и применения. Готовят — как сбор 1. Выпивают в день по 2 стакана настоя в течение 8 дней до появления менструаций.

11. Рута, трава

Ромашка аптечная, цветки по 20 г

Розмарин, листья

Мелисса, листья по 30 г

Готовят и принимают — как сбор 8.

12. Валериана, корень

Зверобой, трава

Терновник, цветки по 30 г

Способ приготовления и применения. Готовят — как сбор 1. Принимают по стакану настоя при олигоменорее на нервной почве.

13. Тысячелистник, трава

Солодка, корень

Можжевельник, плоды

Зверобой, трава

Рута, трава по 20 г

Способ приготовления и применения. Отвар: столовую ложку сбора заливают стаканом кипятка. Принимают вечером по 1/2 стакана.

СБОРЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОБИЛЬНЫХ МЕНСТРУАЦИЯХ**14. Пастушья сумка, трава**

Горец птичий, трава

Омелла белая, трава по 30 г

Способ приготовления и применения. Столовую ложку сбора заливают стаканом холодной воды, выдерживают 4—6 ч, кипятят, процеживают и принимают по стакану в день в течение

5—8 дней при меноррагиях, катаре кишечника. **Отвар:** столовую ложку смеси заливают стаканом кипятка. Принимают по стакану утром и вечером.

#

15. Дуб, кора

Земляника лесная, листья

Лапчатка прямостоячая, корневище по 25 г

Способ приготовления и применения. **Отвар:** столовую ложку смеси заливают стаканом кипятка. Принимают по стакану утром и вечером.

#

16. Дуб, кора

Земляника лесная, листья

Лапчатка гусиная, трава

Малина, листья

Тысячелистник, трава по 20 г

Способ приготовления и применения. Столовую ложку сбора заливают стаканом холодной воды, выдерживают 4—6 ч, кипятят, процеживают и принимают по стакану в день в течение 5—8 дней при меноррагиях, катаре кишечника.

#

17. Лапчатка гусиная, трава

Тысячелистник, трава

Валериана, корень по 30 г

Способ приготовления и применения. Две чайные ложки сбора заливают стаканом кипятка, настаивают 20 мин, процеживают. Принимают по 2 стакана в течение дня.

#

СБОРЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ БЕЛЯХ

18. Ромашка аптечная, цветки 100 г

Способ приготовления и применения. Полную столовую ложку сбора заливают 1 л кипятка, настаивают 20 мин, процеживают и используют для спринцеваний.

#

19. Ромашка аптечная, цветки

Лапчатка гусиная, трава по 50 г

Способ приготовления и применения. Готовят — как сбор 18. Используют для спринцеваний и ванночек при вульвовагините.

#

20. Дуб, кора 10 г
Ромашка аптечная, цветки 10 г
Крапива двудомная, листья 30 г
Горец птичий, трава 50 г

#

21. Мальва (просвирник), цветки 10 г
Дуб, кора 10 г
Шалфей, листья 15 г
Ромашка аптечная, цветки
Орех грецкий, листья по 25 г

Способ приготовления и применения. Отвар: две столовые ложки заливают 1 л кипятка. Используют для спринцеваний и вагинальных тампонов.

#

22. Розмарин, листья
Шалфей, листья
Тысячелистник, трава по 20 г
Дуб, кора 10 г

Способ приготовления и применения. Все количество сбора варят в течение 30 мин в 3 л воды. Ежедневно 2 раза в день проводят вагинальные спринцевания.

#

ВИТАМИННЫЕ СБОРЫ

1. Шиповник, плоды — 1^{*}
Чёрная смородина, ягоды — 1
2. Шиповник, плоды — 1
Рябина, плоды — 1
3. Крапива, лист — 1
Рябина, ягоды — 1
4. Шиповник, плоды — 3
Чёрная смородина — 1
Крапива, лист — 3
Морковь, корень — 3

Здесь и далее цифры обозначают весовые соотношения растительных объектов, которые можно взять в любых количествах.

5. Шиповник, плоды — 1
Брусника, плоды — 1
Крапива, лист — 3
6. Шиповник, плоды — 1
Брусника, плоды — 1

Способ приготовления витаминных сборов. Столовую ложку измельченной смеси заварить двумя стаканами кипятка, настоять на кипящей водяной бане, затем настаивать 4 ч в плотно закрытой посуде, процедить через марлю и пить по полстакана 2—3 раза в день.

ГРУДНЫЕ СБОРЫ

При простудных заболеваниях, сопровождающихся воспалением верхних дыхательных путей, а также бронхитами и пневмониями, можно рекомендовать грудные сборы.

1. Алтей, корень — 2
Мать-и-мачеха, лист — 2
Душица, трава — 1
#
2. Мать-и-мачеха, лист — 4
Подорожник, лист — 3
Солодка, корень — 3
#
3. Шалфей, лист — 1
Анис, плоды — 1
Сосновые почки — 1
Алтей, корень — 1
Солодка, корень — 1
#
4. Алтей, корень — 2
Солодка, корень — 2
Фенхель, плоды — 1
#
5. Коровяк, цветки — 2
Мать-и-мачеха, лист — 4
Анис, плоды — 2
Алтей, корень — 8
Солодка, корень — 3
Фиалковый корень — 1
#

Способ приготовления грудных сборов. Столовую ложку смеси заварить двумя стаканами кипятка, настаивать 20 мин, процедить через марлю и принимать в тёплом виде по полстакана через 3 ч (сбор 3 принимать по 1/4 стакана).

СБОРЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ И ГОРЛА

При заболеваниях горла и гортани (ангина, ларингиты, фарингиты и др.) для полоскания рекомендуют следующие сборы.

1. Дуб, кора — 6
Душица, трава — 4
Алтей, лист — 2
или алтей, корень — 1.

#

2. Ромашка, цветки — 1
Шалфей, лист — 1

3. Малина, лист — 1
Мельва, лист — 5
Мать-и-мачеха, лист — 5
Шалфей, лист — 6

#

Способ приготовления и применения. Столовую ложку смеси заварить в стакане кипятка, настаивать 20 мин, процедить через марлю, остудить и полоскать несколько раз в день.

4. Липа, цветки — 2
Дуб, кора — 3

#

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси заварить в стакане кипятка, настоять 2—3 мин, процедить через марлю, остудить и полоскать несколько раз в день.

5. Фенхель, плоды — 1
Мята, листья — 3
Ромашка, цветки — 3
Шалфей, листья — 3

#

Способ приготовления и применения. 1 чайную ложку сбора залить стаканом кипятка, настаивать 20 мин, процедить, остудить, полоскать несколько раз в день.

УСПОКОИТЕЛЬНЫЕ СБОРЫ

1. Мята перечная, лист — 2
Трифоль, лист — 2
Валериана, корень — 1
Хмель, соцветия — 1

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси заварить двумя стаканами кипятка, настаивать 20 мин, процедить через марлю и принимать 2 раза в день и на ночь по полстакана.

#

1. Валериана, корень — 1
Мята перечная, лист — 1
Ромашка, цветки — 1
Тмин, плоды — 1
Фенхель, плоды — 1

Способ приготовления и применения. Столовую ложку смеси заварить стаканом кипятка, процедить и пить в тёплом виде утром и вечером по полстакана.

#

ЖЕЛЧЕГОННЫЕ СБОРЫ

1. Бессмертник, цветки — 1
Трифоль, лист — 3
Мята перечная, лист — 2
Кориандр, плоды — 1

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси заварить двумя стаканами кипящей воды, кипятить 10 мин, процедить через марлю и принимать по полстакана 3 раза в день за 15 мин до еды.

#

2. Бессмертник, цветки — 3
Ревень, корень — 2
Тысячелистник, трава — 5

Способ приготовления и применения. Одну столовую ложку смеси заварить в стакане кипящей воды, остудить, процедить через марлю и выпить вечером.

#

3. Бессмертник, цветки — 3
- Тысячелистник, трава — 2
- Полынь горькая, трава — 2
- Фенхель, плоды — 2
- Мята перечная, лист — 2

Способ приготовления и применения. Две чайные ложки смеси настаивать в двух стаканах холодной воды 8 ч и пить в течение дня.

#

4. Кукурузные рыльца — 1
- Пижма, цветки — 1
- Тысячелистник, трава — 2
- Кошачьи лапки, трава — 1

#

5. Горечавка, корень — 1
- Одуванчик, корень — 2
- Календула, цветки — 2
- Берёза, лист — 1

Способ приготовления и применения. Столовую ложку смеси залить двумя стаканами кипятка, настоять 20 мин, процедить и принимать по полстакана 3 раза в день до еды.

#

ЖЕЛУДОЧНЫЕ СБОРЫ

1. (вяжущий)
 - Черника, ягоды — 1
 - Лопух, корневище — 1
 - Бессмертник, цветки — 1
 - Шалфей, лист — 3
 - Тмин, лист — 1

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси залить двумя стаканами кипящей воды, кипятить 10 мин, процедить через марлю, принимать 3 раза в день по полстакана за 20 мин до еды.

#

2. (регулирует деятельность кишечника)
 - Крушина, кора — 1
 - Мята перечная, лист — 4

Крапива, лист — 6

Валериана, корневище — 4

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси залить двумя стаканами кипящей воды, кипятить 10 мин, процедить через марлю и принимать по полстакана утром и вечером.



МОЧЕГОННЫЕ СБОРЫ

1. Толокнянка, лист — 3

Василёк, цветки — 1

Солодка, корень — 1



2. Толокнянка, лист — 4

Можжевельник, ягоды — 4

Солодка, корень — 1



3. Можжевельник, ягоды — 1

Берёза, лист — 1

Одуванчик, корень — 1

Способ приготовления и применения. Столовую ложку смеси заварить в стакане кипящей воды, настоять 15 мин, процедить через марлю и принимать 3—5 раз в день по столовой ложке за 20 мин до еды.



4. Можжевельник, ягоды — 4

Хвощ полевой, трава — 2

Пырей, корневище — 1



5. Можжевельник, ягоды — 4

Дягиль, корень — 3

Василёк, цветки — 3

Способ приготовления и применения. Две чайные ложки смеси заварить стаканом кипящей воды, настаивать 15 мин, процедить, принимать по указанию врача.



6. Василёк, цветки — 1

Толокнянка, лист — 2

Петрушка, плоды — 1

Берёза, почки — 1

Трифоль, лист — 4

Способ приготовления и применения. Две чайные ложки смеси заварить в стакане кипящей воды, кипятить 10 мин, процедить через марлю и принимать по полстакана 3 раза в день за 20 мин до еды.

- #
7. Берёза, лист — 1
Хвощ полевой, трава — 1

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси залить двумя стаканами кипятка, остудить, процедить и пить в течение дня.

ЛАКТОГЕННЫЕ СБОРЫ

1. Укроп, плоды — 1
Донник, трава — 1
Крапива, лист — 2
Анис, плоды — 1
2. Одуванчик, корень — 1
Тмин, плоды — 1
Укроп, плоды — 1
Крапива, лист — 1

Способ приготовления и применения. Две столовые ложки смеси залить двумя стаканами кипятка, настоять 20 мин, процедить и принимать по 1/2 стакана 2 раза в день через 1 ч после еды.

ПРОТИВОГЕМОРРОИДАЛЬНЫЙ СБОР

- Каштан, семя — 3
Ромашка, цветки — 3
Шалфей, лист — 2
Дуб, кора — 5

Способ приготовления и применения. Три столовые ложки смеси залить литром кипятка, настоять 6 ч, процедить и использовать для ванн и припарок на анальную область при геморрое.

ГЛАВА 5

**ФИЗИОТЕРАПИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

В акушерстве и гинекологии широко используются природные и искусственные физические факторы, которые условно могут быть объединены в следующие группы по методам лечебного воздействия.

1. ИСКУССТВЕННЫЕ:

- электролечебные (электромагнитные поля);
- светолечебные (электромагнитные поля оптического диапазона);
- водолечебные (пресная вода);
- механолечебные (массаж, вибрация, ультразвук и др.).

2. ПРИРОДНЫЕ:

- климатолечебные (солнечное излучение, атмосферные факторы и ландшафт);
- бальнеолечебные (минеральные воды, грязи и другие природные теплоносители).

Поскольку у каждого больного и курортная терапия строго индивидуальна, невозможно дать универсальные схемы применения лечебных физических факторов. Наша цель — обозначить используемые физиотерапевтические методики лечения в порядке убывающей эффективности. Все они могут быть разделены на две большие группы: методики общего и местного воздействия. В справочнике они даются по нозологическим формам. Что из предполагаемого разнообразия выбрать и каким образом скомпоновать — в этом искусство врача, включающее в себя знания, опыт и интуицию.

ИСКУССТВЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Искусственные физические факторы по виду используемой для лечебного воздействия энергии и типам ее носителей могут быть отнесены к 5 основным группам.

Электротерапия включает в себя методы лечения гинекологических больных электромагнитным полем (ЭМП) и его составляющими (электрической и магнитной). В основе их действия на организм лежит релаксация поглощенной электромагнитной энергии в тканях с последовательным развитием первичных фи-

аико-химических процессов, которые и определяют конечный терапевтический эффект.

В отдельную группу (светолечение) выделены методы воздействия ЭМП оптического диапазона.

Методы электролечения (табл. 21) разделяют на контактные и дистантные. В первом случае говорят о воздействии на пациента электрического тока, который может изменяться по силе, направлению, форме и частоте. В методиках второй группы ЭМП могут изменяться по амплитуде силовых характеристик поля, форме и частоте.

Таблица 21

Методы и способы электролечения

Вид и характер полей	Методы и способы воздействия	Лечебные эффекты	
Постоянные электрические токи — непрерывные	Гальванизация	Спазмолитический, миорелаксирующий, противовоспалительный (местный дренирующий и дегидратирующий), местный секреторный, седативный и трофический	
	Лекарственный электрофорез	Определяются эффектами вводимого вещества и его фармакологической способностью	
	— импульсные	Электропунктура	Спазмолитический, седативный, транквилизирующий
		Электросон	Транквилизирующий, седативный, анальгетический, спазмолитический, трофический
Переменные токи	Транскраниальная электроаналгезия (ТЭА)	Анальгетический, вазоактивный, репаративный	
	Короткоимпульсная электроаналгезия (КЭА)	Местный анальгетический и вазоактивный	
	Диадинамотерапия	Мионейростимулирующий, анальгетический, сосудорасширяющий, трофический	
	Самоконтролируемая нейроадаптивная регуляция	Местный анальгетический, трофический и вазоактивный, сегментарно-рефлекторный	
	Амплипульстерапия (СМТ-терапия)	Мионейростимулирующий, анальгетический, сосудорасширяющий, трофический	
	Флюктуоризация	Местный анальгетический, противовоспалительный, миостимулирующий, трофический	
Электромагнитные поля	Местная дарсонвализация	Местный вазоактивный, противозудный, противовоспалительный, трофический	
	Ультратоктерапия СВЧ-терапия	Противовоспалительный, секреторный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий, иммунокорригирующий	

Окончание табл. 21

Вид и характер поля	Методы и способы воздействия	Лечебные эффекты
Электрическое поле — постоянное — переменное	КВЧ-терапия	Секреторный, нейростимулирующий
	Франклиннизация	Нейротрофический, актопротекторный, седативный, бактерицидный
Магнитное поле — постоянное — низкой частоты — высокой частоты	УВЧ-терапия	Противовоспалительный, сосудорасширяющий, миорелаксирующий, секреторный
	Магнитотерапия	Гипокоагулирующий, иммунокорригирующий, седативный
	Низкочастотная магнитотерапия	Противовоспалительный, вазоактивный, спазмолитический
	Индуктотермия	Противовоспалительный, анальгетический, миорелаксирующий, сосудорасширяющий

Светотерапия — применение в лечебных целях света, испускаемого искусственными источниками. В лечебных целях используют электромагнитные волны оптического диапазона, к которому относят видимость, ультрафиолетовое и инфракрасное излучения. Терапевтическое действие света определяется поглощенной энергией фотонов и зависит от интенсивности светового излучения и длины волны.

Видимое излучение ($\lambda = 400-760$ нм) через зрительный анализатор оказывает модулирующее действие на возбудимость нервных центров и психо-эмоциональное состояние, а также активирует микроциркуляцию и трофику облучаемых тканей.

Инфракрасное излучение ($\lambda = 760$ нм — 1 мм) оказывает тепловое воздействие и вызывает терморегуляторную реакцию поверхностной сосудистой сети кожи (ограниченную гиперемию). Выделение тепла в подлежащих тканях способствует усилению тканевого обмена, изменению проницаемости сосудов, снижению мышечного тонуса, рассасыванию воспалительного очага и активации иммуногенеза. Основные лечебные эффекты инфракрасного излучения: противовоспалительный (репаративно-регенеративный), трофический и спазмолитический.

Ультрафиолетовое (УФ) излучение вызывает различные лечебные эффекты, степень проявления которых определяется длиной волны.

Длинноволновое УФ-излучение ($\lambda = 320-400$ нм) стимулирует образование меланина в базальном слое эпидермиса с последующим увеличением теплоотдачи, а также стимулирует клеточ-

ный иммунитет (пигментирующий и иммуностимулирующий эффекты).

Средневолновое УФ-излучение ($\lambda = 275—320$ нм) формирует ограниченную эритему кожных покровов за счет выделения продуктов фотобиологических реакций, а также снижает возбудимость и проводимость нервных проводников. При общем облучении пациентов возникают кожно-висцеральные реакции активации симпато-адреналовой системы, периферического кровотока и гемопоза, которые способствуют повышению резистентности организма к неблагоприятным факторам внешней среды. Особую значимость для акушерства представляет специфическая способность средневолнового излучения стимулировать образование витамина D_3 , регулирующего фосфорно-кальциевый обмен организма матери и развитие костной системы плода. Для средневолнового излучения характерны витаминобразующий, анальгетический и противовоспалительный эффекты.

Коротковолновое УФ-излучение ($\lambda = 180—240$ нм) вызывает деструкцию нуклеиновых кислот микроорганизмов и грибов рода *Candida* (бактерицидный и микоцидный эффекты).

Лазерное излучение (видимого и инфракрасного диапазона), проникая в ткани, рассеивается, поглощается и превращается в тепло. При этом в облучаемых тканях активизируются метаболические процессы, изменяется климатология ферментных систем и функциональные свойства рецепторов кожи. Повышается интенсивность регенеративных процессов и запускаются сегментарные кожно-висцеральные реакции. Лазерное излучение обладает противовоспалительным (регенераторным), анальгетическим действием, улучшает микроциркуляцию тканей и стимулирует иммуногенез. Существенное повышение терапевтического действия лазерного излучения достигается при его сочетанном использовании с постоянным магнитным полем (магнитолазерная терапия).

Водолечение (гидротерапия) — использование с лечебной целью пресной воды в ее различных физических состояниях: твердом (лед), жидком и парообразном (сауна). Физиологическую основу водолечения составляют реакции пациента на термический, механический и химический факторы. При формировании ответных реакций на сочетание этих факторов организм подключает компенсаторные механизмы физической и химической терморегуляции. Воздействие водных процедур рассматривают как рефлекторный процесс, осуществляемый нейрогуморальным путем (с выделением биологически активных веществ, гормонов), и участием преимущественно сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. Следствием этих реакций являются увеличение количества форменных элементов крови, содержания гемо-

глобина, изменение свертываемости крови, активация окислительных процессов, обмена веществ и др. При этом лечебное действие воды проявляется в стимулирующе-тренирующем, вазоактивном, противовоспалительном и трофическом эффектах.

Методики использования воды с лечебной и профилактической целью разнообразны: некоторые из них не требуют никаких особых установок, специального помещения и могут применяться в условиях любого лечебно-профилактического учреждения, а также на дому. Методики водолечения с использованием различных установок, аппаратов и приборов требуют специально приспособленного помещения, размеры которого определяются объемом и характером лечебно-профилактического учреждения. В клинической практике выделяют холодные водные процедуры (температура воды ниже 28°C), прохладные ($28\text{--}33^{\circ}\text{C}$), теплые ($36\text{--}38^{\circ}\text{C}$) и горячие (выше 38°C). Особо следует отметить возможность использования льда (криотерапия) в акушерской практике.

Механотерапия включает в себя различные виды массажа, использование изменяемого атмосферного давления (баротерапия) и ультразвука.

Массаж — метод дозированного механического воздействия на обнаженное тело человека и его внутренние органы специальными приемами, выполняемыми руками человека или прибором. Возникающее при механической стимуляции раздражение механорецепторов приводит к формированию последующих ответных реакций различных органов и систем. В зоне воздействия происходит улучшение кислородного снабжения тканей, удаление продуктов аутолиза клеток, усиление гемолимфоциркуляции. Во внутренних органах, находящихся в зоне воздействия, происходит ускорение рассасывания выпотов и инфильтратов, стимуляция трофических процессов и мобилизация реакций неспецифического иммунитета. Следовательно, массаж обладает тонизирующим, сосудорасширяющим, трофическим, противовоспалительным и иммунокорректирующим действием. Одной из разновидностей массажа является сегментарный, включающий в себя механическое воздействие на механорецепторы в пределах одной зоны сегментарной иннервации с последующим формированием сегментарно-вегетативных рефлексов.

Вибрационный массаж — воздействие механическими колебаниями частотой $8\text{--}100$ Гц, осуществляемое при помощи специальных аппаратов. Такая процедура улучшает периферический кровоток, повышает возбудимость вегетативных ганглиев и проводимость нервных проводников, активизирует функцию внутренних органов. В гинекологической практике используют метод механического воздействия на мягкие ткани малого таза при

помощи вибрации, растирания и поглаживания, что способствует восстановлению подвижности женских половых органов, повышению мышечного тонуса матки и улучшению гемолимфоциркуляции в ней, а также укреплению ее связочного аппарата.

Своеобразной разновидностью механотерапии является и *акупунктура* — механическое раздражение биологически активных точек (БАТ) организма при помощи металлических игл. При акупунктуре у пациента возникают специфические и неспецифические местные, сегментарные и системные реакции. В основе последних лежат нейроэндокринные, вегетативно-сосудистые и психоэмоциональные сдвиги, происходящие под действием акупунктуры в гипоталамусе, стволовых структурах и коре головного мозга. Помимо акупунктуры, с лечебной целью на БАТ воздействуют фокусированным ультразвуком (*фонопунктура*), термическим (*цзю-терапия*) и электрическим (*электропунктура* и *электроакупунктура*) стимулами, а также магнитным полем (*магнитоакупунктура*) и лазерным излучением (*лазеропунктура*).

Баротерапия — использование повышенного (гипербарический режим) или пониженного (гипобарический режим) атмосферного давления с лечебной целью. Повышенное содержание кислорода в первом случае приводит к расширению артериол, усилению кровотока, способствует усилению оксигенации крови и тканей и нормализует их трофику, а также стимулирует деятельность митохондрий и латералей. Гипобарическая гипоксия стимулирует деятельность дыхательного центра и органов кроветворения, повышает интенсивность тканевого дыхания и восстанавливает функции внутренних органов.

Ультразвуковая терапия включает использование механических колебаний частотой 800 кГц — 3 МГц. Ультразвуковые колебания активизируют метаболические реакции, повышают дисперсность цитозоля и проницаемость плазмолеммы, приводят к существенным электрохимическим сдвигам в тканях и изменяют их функциональные свойства. Данный фактор вызывает также нагревание тканей, которое проявляется в наибольшей степени на границах тканей с различными механическими свойствами. Механическое действие ультразвука представляет собой своеобразный микромассаж тканей.

ЕСТЕСТВЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Климатолечение — лечебное использование метеорологических факторов, особенностей климата данной местности и специальных климатических воздействий. Включает в себя воздействие воздухом, солнечным излучением и морскими купаниями.

Аэротерапия — лечение воздухом климата лесов умеренной зоны, степей, гор и пустынь, имеющим различную температуру, влажность и скорость движения. Воздушные ванны повышают оксигенацию крови (природная оксигенотерапия), нормализуют функцию внешнего и тканевого дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем, усиливают метаболические процессы в тканях.

Гелиотерапия — лечебное воздействие на обнаженное тело прямых солнечных лучей. Гелиотерапия оптимизирует соотношение тормозно-возбудительных процессов в коре головного мозга, нормализует обмен веществ в организме, секреторную функцию желез внутренней секреции, стимулирует иммуногенез.

Талассотерапия — лечение морскими купаниями. Оказывает тренирующее действие на нейрогуморальные механизмы терморегуляции, обмен веществ и адаптационно-трофические процессы. Наряду с закаляющим и психоэмоциональным действием, морские купания служат оптимальным средством тренировки мышц брюшной полости и дыхания у женщин.

Климатолечение проявляется тонизирующим, тренирующим, регулирующим, адаптационно-трофическим и противовоспалительным эффектами. Оно тесно связано с закаливанием организма — совершенствованием механизмов адаптации ко всевозможным неблагоприятным природным факторам внешней среды обитания человека. Закаливание вызывает местную и общую реакцию, повышает специфический и неспецифический иммунитет, стимулирует компенсаторные реакции организма, улучшает и восстанавливает нарушенные функции органов и систем.

Бальнеолечение — лечебное применение минеральных вод. Минеральные воды активируют защитные и компенсаторные механизмы, восстанавливают функции женских половых органов, нарушенные болезнью. При наружном применении они ускоряют процессы адаптации и повышают резистентность организма больного. В этом случае их действие обусловлено не одним фактором (механическим, химическим, термическим или радиационным), а всей их совокупностью. Однако специфичность бальнеотерапевтического лечения обусловлена преимущественно химическим фактором (а для радоновых вод — радиационным). В этом кардинальное отличие механизма лечебного воздействия минеральной воды от пресной. Внутреннее применение минеральных вод осуществляется в виде гинекологических орошений.

Грязелечение — лечебное использование грязей и других природных теплоносителей, находящихся в твердой фазе. Иногда лечебное применение последних объединяют термином «теплотерапия».

Грязи — природные органо-минеральные коллоидные образования, обладающие высокой теплоемкостью, теплоудерживающей способностью и содержащие биологически активные компоненты и микроорганизмы. В лечебной практике широко используют иловые (сульфидные и сапропелевые), торфяные и псевдовулканические (сопочные и гидротермальные) грязи. В силу выраженных теплофизических свойств и уникального химического состава грязи вызывают гиперемию кожи, улучшают микрогемоциркуляцию, усиливают обменные процессы на всех уровнях. Сероводород, соли, биологически активные вещества, ионы, кислоты, аминные основания раздражают афференты кожи, мышц и внутренних органов, влияют нейрогуморальным путем на состояние ЦНС, нормализуют соотношение возбуждения и торможения в коре головного мозга, улучшают гемостаз, стимулируют ферментативные и трофические процессы, защитные и компенсаторные функции женского организма. Грязевые процедуры благоприятны и при воспалительном процессе, так как улучшают местный кровоток, дренируют и saniруют воспалительный очаг и ускоряют рассасывание рубцовых процессов. Лечебное действие грязей проявляется в противовоспалительном, анальгетическом, десенсибилизирующем, иммуностимулирующем, бактерицидном и трофическом эффектах. Грязи оказывают также и десенсибилизирующее действие. В лечебной практике применяются в виде общих и местных грязевых и грязе-минеральных ванн, аппликаций, компрессов и тампонов.

Из других естественных теплоносителей чаще всего применяют озокерит и парафин. **Озокерит** — минерал нефтяного происхождения, содержащий церезин, парафин и другие смолы, минеральные масла, газы, механические примеси. Стимулирует продуктивные процессы в соединительной ткани, оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее и иммунокорректирующее действие. **Парафин** — смесь природных углеводородов, получаемая в результате перегонки нефти. Раздражая механорецепторы кожи, парафин улучшает микроциркуляцию, усиливает фагоцитоз, увеличивает проницаемость плазмолеммы и активирует регенеративные процессы. Реже для теплолечения используют торф, глину и песок. Эти теплоносители также оказывают вазоактивное, противовоспалительное и рассасывающее действие.

Положительный опыт применения физических факторов в лечении и реабилитации гинекологических больных позволяет рекомендовать их использование в качестве эффективных немедикаментозных методов лечения на всех этапах оказания доврачебной и специализированной помощи: на дому, в женской консультации, стационаре и санатории. В обобщенном виде ос-

новные применяемые в акушерстве и гинекологии виды физиотерапевтических процедур представлены в табл. 22.

Таблица 22

Виды физиотерапевтических процедур и место их проведения

Вид процедуры	Место проведения процедур				Санаторно-курортное лечение
	Кабинет физиотерапии	Палата	Перезаочная	На дому	
Электролечение:					
— гальванизация и лекарственный электрофорез	+	+	+	—	+
— электростимуляция	+	—	—	—	+
— импульсная электротерапия	+	—	—	—	+
— высокочастотная электротерапия	+	+	—	—	+
— магнитотерапия	+	+	—	+	+
— индуктотермия	+	+	—	—	+
Светолечение:					
— ультрафиолетовое облучение	+	+	+	+	+
— инфракрасное облучение	+	+	+	+	+
— лазеротерапия	+	—	—	—	+
Водолечение:					
— частичное обтирание	+	+	—	+	+
— общее обтирание	+	—	—	+	+
— обливание	+	—	—	+	+
— укутывание	+	+	—	+	+
— полуванны с обтиранием	+	—	—	+	+
— ванны ручные	+	+	+	+	+
— ванны ножные	+	+	+	+	+
— ванны общие пресные	+	—	—	+	+
— ванны хвойные, шалфейные	+	—	—	+	+
— ванны соляные	+	—	—	+	+
— ванны щелочные	+	—	—	+	+
— ванны с постепенным повышением температуры	+	—	—	+	+
— сидячие ванны	+	—	—	+	+
— душ струевой	+	—	—	—	+
— душ веерный	+	—	—	—	+
— душ циркулярный	+	—	—	—	+
— душ восходящий	+	—	—	—	+
— душ дождевой	+	—	—	+	+
— общие газовые ванны (жемчужные, кислородные)	+	—	—	—	+

Окончание табл. 22

Вид процедуры	Место проведения процедур				Санаторно-курортное лечение
	Кабинет физиотерапии	Палата	Перевозочная	На дому	
Механолечение:					
— массаж	+	+	+	+	+
— вибрационный массаж	+	+	+	—	+
— ультразвуковая терапия	+	+	+	—	+
— гинекологический массаж	+	—	+	—	+
— акупунктура	+	+	—	—	+
— мануальная терапия	+	+	+	—	+
— баротерапия *	+	—	—	—	+
Бальнеолечение:					
— углекислые ванны	+	—	—	—	+
— сероводородные ванны	+	—	—	—	+
— радоновые ванны	+	—	—	—	+
— йодобромные ванны	+	—	—	—	+
Грязе- и теплолечение:					
— аппликации					
— грязевые и торфяные	+	+	—	—	+
— парафиновые				+	+
— озокеритовые	+	—	—	—	+

* Баротерапия может выполняться в условиях специализированных отделений клиник и санаториев.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В работе гинеколога и физиотерапевта должен соблюдаться строго дифференцированный выбор метода физиотерапии и методики проведения процедур с обязательным учетом следующих особенностей;

— максимально раннее применение физических факторов, их последовательное активное использование на всех этапах профилактики, лечения и реабилитационных мероприятий;

— патогенетическая обоснованность применения лечебных физических факторов;

— характер основных клинических проявлений и индивидуальные особенности течения заболевания, исходного функционального состояния организма больной, специфичность лечебного действия физического фактора;

— предупреждение энергетической перегрузки организма больной путем применения малых доз энергии физического фактора и использования преимущественно импульсных воздействий;

— планомерность и поэтапная последовательность применения одного или нескольких факторов;

— систематический врачебный контроль за ответными реакциями организма больной, грамотное клиническое обоснование выявленных реакций организма с целью своевременной коррекции физиотерапевтических процедур;

— постоянная разумная онкологическая настороженность гинекологов и физиотерапевтов.

В практической деятельности необходимо учитывать, что чем старше больная и чем длительнее хроническое заболевание органов малого таза, тем менее нагрузочной для сердечно-сосудистой системы, менее интенсивной и более щадящей должна быть физиотерапия. При этом отсутствие выраженного терапевтического эффекта после первых процедур не должно служить основанием для отмены или замены одних физических факторов другими.

Современную тенденцию лечебного применения физических факторов составляет желание как можно быстрее достигнуть наибольшего лечебного эффекта при наименьшей энергетической нагрузке на организм за счет повышения специфического и понижения неспецифического компонента действия каждого из факторов. Указанной тенденции наиболее полно соответствует применение физических факторов в импульсном режиме генерации, который в акушерско-гинекологической практике обуславливает более выраженный и продолжительный клинический эффект и имеет неоспоримые преимущества перед непрерывным. Использование физических факторов в импульсном режиме позволяет избежать при лечении энергетической перегрузки организма и последующих отрицательных реакций сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и других систем. Тем самым существенно расширяются показания к применению физических методов в акушерстве и гинекологии.

Оптимальный лечебный эффект физиотерапии наступает при проведении курсового лечения. При этом физиологические сдвиги от предыдущей процедуры закрепляются последующей. Суммация этих влияний обеспечивает длительное последствие всего курса физиотерапевтических процедур, продолжающееся и после прекращения лечебных воздействий. Указанные изменения затухают постепенно и медленно, поэтому отдаленные результаты лечения в большинстве случаев более благоприятны, чем непосредственные. Периоды последствия большинства физио-

терапевтических процедур достигают 2 мес, а после полного курса грязелечения — 6 мес.

В практике отпуска и назначения физиотерапевтических процедур считаем необходимым обратить внимание на следующие особенности, касающиеся преимущественно их продолжительности и совместимости:

— продолжительность курса физиотерапии должна определяться клинической картиной: исчезновение патологической симптоматики дает основание для завершения лечения, в связи с чем указываемое нами количество процедур на курс лечения — ориентировочное, а не директивное;

— при хронических заболеваниях повторение курса лечения обычно проводится через 2—3 мес;

— при внезапном обострении процесса, несомненно, показано возобновление лечебных мероприятий;

— плановое начало или возобновление курса лечения целесообразнее начать в первые дни после менструации, на 5—7-й день менструального цикла. Наименее благоприятными в этом отношении считаются дни овуляции и предменструационные, когда приходится уменьшать дозу и время процедуры из-за повышенной чувствительности пациенток к физическим факторам. Тактика такова: в дни менструации отменяются только болезненные и сильно-тепловые процедуры, остальные виды лечения выполняются лишь в случаях плохой переносимости пациенткой. Практически важно ежедневное опорожнение кишечника и непосредственно перед процедурой — опорожнение мочевого пузыря;

— общие процедуры нежелательно проводить ежедневно, при хронических заболеваниях допустимо их назначение через день;

— в один день целесообразно сочетание 2—3 дополняющих друг друга процедур, что вполне допустимо для молодых соматически здоровых пациенток;

— рационально сочетание разноплановых процедур: одна местного, другая — рефлекторного, третья — общего действия. Эффективность лечения хронических заболеваний женской половой сферы существенно повышается при чередовании подобных «триад» через день;

— целесообразно проведение двух процедур, сочетающих разные факторы, одновременно: электрофорез, диадинамотерапия, синусоидальные модулированные токи с фонофорезом, тепловым облучением, индуктотермией, СВЧ- и КВЧ-терапией. Парные сочетания могут быть различны, для некоторых даже есть самостоятельные названия, такие как индуктоэлектрофорез, электрофорез в ультразвуковом поле, индуктогрязь и др.;

— нецелесообразно комбинировать в один день процедуры, вызывающие обострение патологического процесса;

— не рекомендуется последовательное проведение процедур, возбуждающих и угнетающих функции центральной нервной системы (электросон и электрофорез кофеина и т. д.);

— две процедуры, противоположные по своему действию (тепловая и холодная, возбуждающая и седативная), можно последовательно применять лишь в следующих целях: а) для ослабления или прекращения действия предшествующей процедуры (после ванн или грязевых аппликаций прохладный душ); б) для получения контрастной реакции с целью оказания тренирующего действия (холодный и горячий душ);

— недопустимо проведение тепловых и охлаждающих процедур, особенно при подострых и хронических воспалительных процессах. Охлаждение предварительно согретых органов и тканей может привести к ухудшению состояния больного;

— в дни проведения сложных и утомляющих диагностических исследований (дуоденальное зондирование, рентгеноскопия желудка и кишечника, выделительная урография и др.) от физиотерапевтических процедур целесообразно воздержаться;

— УФ-облучение несовместимо с тепловыми процедурами, массажем, гальванизацией, индуктотермией, микроволновой терапией этой же области. Вне расположения эритемы могут применяться любые физические факторы;

— УФ-облучение несовместимо с рентгенотерапией на одну и ту же область. После УФ-облучения рентгенотерапия может проводиться через 5—7 дней. После лучевой терапии УФ-облучение возможно только через 1 мес;

— при комбинировании водолечебных процедур и светолечения вначале следует проводить общее облучение, а затем водолечение, местные процедуры должны предшествовать общим воздействиям.

Следует помнить, что абсолютно несовместных процедур в физиотерапии нет. Варьируя методики лечебного применения (последовательность, интенсивность, продолжительность, локализацию), можно обоснованно и целенаправленно использовать два любых физических фактора и добиться желаемого положительного результата.

Традиционно считается, что наступление беременности во время проводимого курса лечения нежелательно, тем не менее в случаях возникновения желанной и нередко долгожданной беременности рекомендовать ее прерывание не следует, поскольку применяемые в физиотерапии дозы физических факторов тератогенным эффектом обычно не обладают. Вместе с тем при электрической стимуляции маточных труб необходимо обязательно пользоваться контрацептивными препаратами для исключения трубной беременности.

Очевидно, преувеличено и требование онкологической настороженности по отношению к физиотерапии. Не забывая, разумеется, о бдительности, не следует лишать больных физиотерапевтического лечения из соображений перестраховки, так как поддержание гомеостаза в женском организме с помощью физических факторов является профилактикой не только преждевременного старения, но и возникновения злокачественных новообразований и, следовательно, залогом здоровья.

Для обоснования показаний к рациональному использованию физических факторов в общем лечебном комплексе важное значение имеет определение степени тяжести и характера течения болезни, ее активности, наличия сопутствующей патологии. При назначении физиотерапевтических процедур учитываются индивидуальные особенности и реактивность организма, характер нарушений органов и систем, степень аллергизации.

При подострых гинекологических заболеваниях физиотерапевтические процедуры через ЦНС и гуморальные механизмы способствуют усилению защитных сил организма, ликвидации патологического процесса, уменьшению и стиханию аллергических реакций.

При хронических гинекологических болезненных процессах физиотерапевтические процедуры проводятся более интенсивно и они направлены на ликвидацию остаточных патологических явлений и нормализацию функций различных органов и систем. При наличии болевого синдрома у женщины в процессе лечения необходимо его купировать, поскольку до ликвидации болевых ощущений рассасывающая терапия менее результативна.

Непременным условием при проведении физиотерапевтического лечения в гинекологии является создание положительного психоэмоционального настроения у пациенток, для чего необходимо соблюдение медицинским персоналом требований деонтологии, поддержание чистоты и уюта в отделении (кабинете), желательно использование музыкотерапии. Максимальная деликатность и предупредительность в общении необходимы из-за ранимости, психоэмоциональной неустойчивости данного контингента больных. Целесообразно использование средств не только большой, но и малой психотерапии. Так, опосредованной психотерапией считается констатация положительных сдвигов в состоянии больной, что повышает ее настроение и укрепляет надежду на исцеление. Лечебная физкультура, закаливающие процедуры, массаж выгодно дополняют комплексное лечение гинекологических больных. Для реабилитации целесообразно широко использовать санаторно-курортные факторы.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Использование лечебных факторов санаторно-курортного лечения является одной из действенных мер в реабилитации гинекологических больных, направленной на восстановление прежде всего специфических функций женского организма.

Основные санатории России, стран ближнего зарубежья, предназначенные для лечения гинекологических больных, показания и противопоказания для направления в них приведены в табл. 23 и 24.

Таблица 23

Тип курорта и медицинские показания к направлению гинекологических больных с наличием сопутствующего экстрагенитального заболевания

Гинекологические заболевания	Сопутствующие заболевания	Рекомендуемый тип курорта
Хронический вульвит, кольпит, сальпингоофорит, параметрит, периметрит	Заболевания ЦНС (с астеническими невротами)	Грязелечебный и бальнеолечебный (сероводородные и радоновые воды)
Эндометрит хронический и подострый	Заболевания периферической нервной системы	Бальнеолечебный (радоновые и сероводородные воды)
Нарушения менструальной функции (не подлежащие стационарному лечению)	Заболевания органов дыхания	Климатолечебный
Генитальный и экстрагенитальный эндометриоз	Заболевания системы кровообращения	Бальнеолечебный (радоновые и сероводородные воды)
Климактерический синдром, крауроз вульвы	Заболевания органов выделения, мочекаменная болезнь, болезнь почек	Бальнеолечебный (питьевые минеральные воды, радоновые ванны и др.)
Больные, перенесшие операции (воспалительные мешотчатые опухоли, эндометриоз, ретенционные кисты, внематочная беременность, спаечная болезнь малого таза и брюшной полости и т. д.)	Заболевания органов пищеварения	Грязелечебный, бальнеолечебный (сероводородные, радоновые воды, питьевые минеральные воды)
Бесплодие первичное и вторичное	Заболевания опорно-двигательного аппарата	Грязелечебный, бальнеолечебный (радоновые, сероводородные воды)

Т а б л и ц а 24

Санаторно-курортное лечение. Виды, показания и противопоказания

Вид курорта	Местонахождение курорта	Показания	Противопоказания
Курорты с основным видом пеллоидотерапии	Пятигорск, Ессентуки, Железноводск, Ейск, Анапа, Свердловская обл., Новгородская обл. Курорты СНГ: Египет, Саки, Ю. б. Крыма, Одесса, Миргород, Славянск, Бердичев, Трускавец, Пярну, Друскининкай, Эльтон и др.	Хронические воспалительные заболевания придатков матки, кисты, газовой брюшины, девиация матки, трубное бесплодие, гипопункция яичников, инфантилизм, реабилитация после операции на трубах, лечении развития половых органов	Опухоли придатков и матки, острые и подострые воспалительные процессы гениталий, гнойные заболевания, туберкулез и беременность
Курорты с радоновыми водами	Белокуриха, Пятигорск, Паратунка, Хабаровский край, Пятигорск, Молоковка и др. Курорты СНГ: Хмельник, Ургучан, Цхалтубо, Ходжаобгарм и др.	Генитальный и экстрагенитальный эндометриоз, хронические воспалительные заболевания без и с нарушением функции яичников, расстройство менструаций, бесплодие, трубное яичниковое, крауроз, рубцово-спаечный процесс после операций в гениталиях	Опухоли матки с тенденцией к росту, опухоль придатков, беременность
Курорты с сероводородными водами	Сочи, Кавказские минеральные воды, Сергиевские минералы, Шихово, Усть-Качка, Серноводск-Кавказский, Ейск и др. Курорты СНГ: Балдоне, Яунземера, Теллеги, Талги и др.	Генитальное эндометриоз, адгезивные процессы после воспаления и операции, их вменательств, хронические (вне обострения) процессы гениталий, реабилитация после хирургических процессов гениталий, астеноневротические заболевания после радикальных операций, климакс, бесплодие	Острые воспалительные заболевания гениталий, негнойные процессы малого таза, миомы матки, опухоли придатков, злокачественные опухоли, беременность

<p>Курорты с углекислыми водами</p> <p>Курорты с железистыми и азотсодержащими водами</p> <p>Курорты с йодными, бромными, йодо-бромными водами</p>	<p>Ессентуки, Кисловодск, Ямаровка.</p> <p>Курорты СНГ: Аршан, Боржоми, Дарасун, Хмельник и др.</p> <p>Марциальные Воды, Железноводск, Камчатка, Дальний Восток, Приморский край, Урал, Сибирь.</p> <p>Курорты СНГ: Азербайджан.</p> <p>Усть-Качка, Кабардино-Балкария, Ходыженский источник, Дальний Восток, Приморский край и др.</p>	<p>Половой инфантилизм, гипопункция яичников в периоде реабилитации после резекции яичников и удаления доброкачественных кист, хронические воспалительные заболевания вне обострения, бесплодие</p> <p>Гипоструктуральный синдром, хронические заболевания гениталий и мочевыделительной системы, климакс и его неврозы, крауроз</p> <p>Хронические воспалительные заболевания гениталий с болевым синдромом, гипофункция яичников, бесплодие</p>	<p>Острые воспалительные заболевания, меноррагии, опухоли матки и придатков, беременность</p> <p>Опухоли гениталий, беременность, острые процессы половой сферы</p> <p>Беременность, опухоли матки и придатков, гнойные процессы гениталий</p>
--	---	---	--

КОМПЛЕКСЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ МЕТОДОВ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Обобщенные сведения о применении искусственных и естественных физических факторов при наиболее частых патологических состояниях в акушерстве и гинекологии представлены в табл. 25.

Таблица 25

Схемы использования лечебных физических факторов в акушерстве

Состояния	Процедуры	Методика
Беременность (с целью закаливания)	Световоздушные ванны, обтирания, обливания, дождевой душ	Воздушные ванны при температуре воздуха 22—24 °С, продолжительность — 5—20 мин Обтирания, обливания, души, температура воды 36—38 °С УФ-облучение для жительниц Севера в зимнее и весеннее время в 18—20, 35—36 нед беременности по 15—20 процедур. Нежелательно воздействие прямых солнечных лучей в летнее время
Токсикоз беременных — 1-я половина	Электрорадиотерапия на область солнечного сплетения; индуктотермия: электротросов; акупунктура	Импульсное лечение 8—10 процедур. Точки: цзи-шу, дань-шу, да-лин, нэй-гуань, цзянь-шу, цзу-сань-ли, сань-инь-цзяо
— 2-я половина (гестоз)	Гальванический «воротник» по Щербаку; СМВ, ДМВ-терапия Акупунктура	В комплексе с медикаментозным лечением На область надпочечников: I = 5—8 мВт, 10 мин, 10—12 процедур. Точки: хе-гу, чшу-вань, нэй-гуань, тай-ян, да-чжу, сань-инь-цзяо, тянь-ту, дань-шу, цзу-сань-ли, ю-мэнь, ян-лян-цзянь
Роды (с целью обезболивания)	Транскраниальная электроаналгезия Аку- и электроакупунктура	Частота 800—900 Гц, сила тока 0,25 мА, длительность импульсов 3 мс, 5—8 мин Точки: нэй-гуань, жэнь-чшун, цюй-ту, ши-мэнь
Аномалия родовой деятельности	Гальванизация головного мозга Акупунктура	Лобно-шейная методика Точки: хэ-гу, тай-чун, кунь-лунь, сань-инь-цзяо
Угроза выкидыша	Гальванизация	Эндонозальная методика, «воротник» по Щербаку
Профилактика и лечение гипотонического кровотечения	СМТ-форез магния Дефибриляция матки	Импульс высокого напряжения (1 кВ) по методике З. Чяладзе

Продолжение табл. 25

Состояния	Процедуры	Методика
Послеродовой период: нагноительные процессы в про- межности; послеродовой эн- дометрит	УФ-облучение про- межности; УВЧ (не- тепловые дозы)	По общепринятым методикам (5—7 процедур)
	Низкочастотная маг- нитотерапия	Режим импульсный, магнитная ин- дукция 35 мТл, продолжительность 20 мин, курс 10—15 сеансов
	Электрофорез цинка сульфата (2%)	Продолжительность 20 мин, 15—20 сеансов на область малого таза
Субинволюция матки после аборта	Фонофорез гидрокор- тизона, мкхиола	Интенсивность $0,6 \text{ Вт} \cdot \text{см}^{-2}$, про- должительность 6—8 мин
	Лечебные грязи	На переднюю брюшную стенку
	ДДТ-терапия	Через 2 ч после аборта, надлобковая область, ДН — 1 мин, КП — 3 мин, ДП — 2 мин
Лактостаз	Амплипульстерапия	На низ живота, I PP — 2 мин, IV PP по 2 мин ежедневно. Частота мо- дуляции 60—150 Гц, 10—15 проце- дур
	Электрофорез меди	На область проекции матки
	Индуктотермия	Сила тока 200—250 мА, по 20 мин, 10 процедур
Трещины соска	УВЧ (нетепловые до- зы)	По 10—20 мин, 10 процедур
	Холод или местное тепло	дозированно по 5 мин
	УФО	2—10 биодоз, 7—10 процедур
Серозный мастит	УЗ-терапия	$I = 0,2—0,4 \text{ Вт} \cdot \text{см}^{-2}$, 10 процедур
	СМВ-терапия	$I = 2—4 \text{ мВт}$, 8—10 мин, 7—10 процедур
	УВЧ-терапия	По 10—16 мин ежедневно, 10—15 процедур
Гнойный мастит (по- сле опорожнения)	Местная дарсонвали- зация сосков	По 10—15 мин, 5—10 процедур
	УЗ-терапия	$I = 0,2—0,4 \text{ Вт} \cdot \text{см}^{-2}$, 5—7 проце- дур
	На 1-м этапе: УФО	От 0,5 до 2 биодоз с постоянным увеличением на 0,25 биодозы до полной эпителизации раны
Гипогалактия	На 2-м этапе: мест- ная дарсонвализация	По 10—15 мин, 15 процедур
	УВЧ-терапия (нетеп- ловые дозы)	На область дренированного очага
	Гальванизация мо- лочных желез	Сила тока до 12 мА, ежедневно, 15 мин, 10 процедур
Гипогалактия	Франклиннизация	40 кВт; 5—8 мин, 10 процедур
	УФО	0,25—2,5 биодозы, 10—15 процедур
	УЗ-терапия	$I = 0,4—0,6 \text{ Вт} \cdot \text{см}^{-2}$, 8—10 проце- дур
	Вибрационный массаж	Ежедневно, 10 процедур

Окончание табл. 25

Состояния	Процедуры	Методика
	Акупунктура	Точки: хэ-гу, цюй-чи, тьянь-чи, цзю-сянь-ли, сань-инь-цзяо, жу-тэнь, чжи-гоу, таьнь-чжунь, 1-й вариант возбуждающего метода

Таблица 26

Схемы лечебных комплексов в гинекологии

Заболевания	Физиотерапия	Санаторно-курортное лечение
Зуд вульвы	УФО — 0,5—1 биодоза, 5—6 процедур Дарсонвализация по 10 мин, 10 процедур Ультразвук — 0,4—0,6 Вт·см ⁻² до 10 мин, 10 процедур, ванночки с ромашкой, шалфеем, чаем, корой дуба — 30 °С, 25 мин, 10—15 процедур	Душ восходящий Йодобромные ванны, морские купания
Кондиломы промежности (после исключения специфических заболеваний) Вульвит и вульвовагинит	УФО — 1 биодоза, 5—6 процедур, ванночки с раствором калия перманганата, корой дуба УФО — 1 биодоза, 5—10 процедур, ванночки с дезрастворами, инсталляции 1—2% раствора нитрата серебра Лазеротерапия В фазе инфильтрации: внальгезирующие свечи, в острой стадии — холод	Морские купания Йодобромные, сероводородные, углекислые ванны и орошения
Крауроз вульвы Бартолинит	УФО — 2—3 биодозы, 5—6 процедур; УВЧ — 10 мин, 10 процедур; индуктотермия — 20 мин, 10 процедур При вскрытии гнойного очага — УФО Лазеротерапия	Радоновые ванны Хлоридно-натриевые, хвойные ванны
Кольпит (после установления и ликвидации возбудителя)	Местная дарсонвализация по 15—20 мин, 20 процедур Электрофорез цинка, меди по 20 мин, 20 процедур УФО — 0,5—1 биодоза, 6—8 мин, 10—15 процедур Ванночки с ромашкой, фурацилином — 35 °С, 10—15 мин, 15—20 процедур	Хвойные, сероводородные, йодобромные ванны и морские купания
Эндоцервицит	УФО — 2 биодозы Электрофорез 1% раствора цинка сульфата — 10 мин, 6—8 процедур; ванночки с	Грязелечение, торфолечение, орошение сероводородными, йодобромными, радоновыми водами

Окончание табл. 26

Заблевание	Физиотерапия	Санаторно-курортное лечение
Эрозия шейки матки (после цитологического исследования)	дезинфицирующими растворами, прижигание ляписом, ваготилом	
— истинные эрозии	УФО, КУФ-терапия — 2 биодозы — 10 процедур; тампоны с эпителизирующими мазями	Орошения йодобромными, сероводородными водами
— псевдоэрозии	УФО, электрофорез цинка, прижигание ляписом, ваготилом, солкогиллом, электрокоагуляция, электроэкспизия, криодеструкция, лазеротерапия, КВЧ-терапия	
Воспаление матки, придатков, пельвиоэпитонит, параметрит:	Криотерапия, холод в любом виде	Сероводородные, радоновые, йодобромные воды
— острая стадия	УФО, УВЧ, электрофорез	
— подострая стадия	УВЧ — до 30 мин, 10—15 процедур; диатермия — до 20 мин, 15—20 процедур; ультразвук, магнитотерапия (ПМП, ПМП), электрофорез калия йодида, цинка, магния	Грязелечение (трусы, полутрусы, влагалищные, ректальные тампоны); орошение влагалища, микроклизмы, нафталановые грязи
— хроническая	Фонофорез биокарнитана, терралитина, литина, лидазы, химотрипсина. Ультразвук — до 10—15 мин, 20 процедур. Акупунктура, гинекологический массаж с лекарственным электрофорезом, лазеротерапия.	Радоновые, сероводородные, йодобромные воды в виде ванн, орошений, микроклизмы. Озокерит, парафин, грязевые аппликации
— остаточные явления воспаления со стойким болезненным синдромом	Мануальная терапия	Влагалищные орошения, сероводородные ванны, йодобромные ванны
Бесплодие	Амплипульстерапия, ДДТ-терапия, СМТ-форез кобальта на область придатков.	
Генитальный эндометриоз	Электростимуляция маточных труб, ультрафонофорез витамина К	Йодобромные ванны
Миома матки	Гальванизация шейно-лицевой области, электрофорез цинка, йода, амидопирина, УВЧ (трансцеребрально)	Радоновые ванны и орошения
	Гальванизация шейно-лицевой области, электрофорез цинка на область матки	

Таблица 27

Применение физических лечебных факторов при нарушениях менструальной функции

Состояние	Физиотерапия	Санаторно-курортное лечение
Кровотечения в период созревания (ювенильные)	<p>Эндонозальный электрофорез кальция</p> <p>Электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев</p> <p>Гальванизация головы и молочных желез</p> <p>Вибрационный массаж сосков</p> <p>Электростимуляция шейки матки</p> <p>Акупунктура</p> <p>Обтирания, души</p>	Аэротерапия, талассотерапия
Кровотечения в период половой зрелости	<p>Электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев</p> <p>Электростимуляция шейки матки</p> <p>Лазеротерапия</p> <p>Вибрационный массаж сосков</p>	Грязевые аппликации на область молочных желез (противопоказаны при мастопатии), душ
Кровотечения в климактерическом периоде	Физиотерапия в виде электростимуляции, электрофореза, в сочетании с фармакотерапией возможна после исключения новообразований шейки матки, придатков	Радоновые ванны
Нарушение менструальной функции, не сопровождающееся кровотечением (центральный генез)	<p>Эндонозальная гальванизация</p> <p>Гальванизация шейно-лицевой области, электросон</p> <p>Массаж «воротниковой зоны»</p> <p>Акупунктура, электрофорез витаминов В₁, В₆, души, обтирания</p>	Йодобромные, радоновые ванны
Нарушение менструальной функции периферического генеза (матка, яичники)	<p>Вибрационный массаж паравертебральной области и электростимуляция шейки матки</p> <p>Акупунктура, электрофорез висмута на «воротниковую зону», электросон, электрофорез йода и цинка</p>	Грязевые аппликации, озокерит, углекисло-сероводородные ванны и орошения в сочетании с вагинальными тампонами

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

1. Воспалительные заболевания придатков матки

Для большинства таких больных, помимо нарушения гормональной функции яичников и коры надпочечников, характерно также вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой и нервной систем, а в ряде случаев — желудочно-кишечного тракта и почек. Полисистемность нарушений функций различных органов диктует проведение таких лечебных мероприятий, которые будут оказывать влияние как непосредственно на воспалительный очаг, так и на функцию других систем организма, вторично вовлеченных в патологический процесс. Исходя из этого лечение физическими методами проводится в целях:

- достижения в патологическом очаге анальгетического, противовоспалительного и рассасывающего эффектов;
- замедления прогрессирования воспалительного процесса и его обострения;
- восстановления нарушенных функций органов;
- повышения активности компенсаторно-защитных механизмов организма;
- ликвидации вторично возникающих изменений деятельности нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и других систем.

Принцип ведения больных — начинать с наружных методов и при отсутствии общей и местной реакции — переходить к полостным, как более эффективным, методам.

1.1. Острая фаза

1.1.1. Лекарственный электрофорез противовоспалительных препаратов, анальгетиков, антибиотиков (в соответствии с антибиотикограммой), магния, кальция, серы, хлора, трилона Б. Особенно эффективно введение наиболее целесообразного в каждом конкретном случае лекарственного вещества вагинально (наливной графитовой либо тампон-электрод) или ректально (микроклизма), что абсолютно нетравматично в сравнении с пункцией заднего свода и введением препаратов в полость малого таза. Менее эффективным препаратом (препаратами) смачивается лекарственная прокладка индифферентного электрода либо двух

(трех) свободных электродов, размещаемых над местом проекции придатков, над лоном, на пояснично-крестцовой области, в промежности. Локализация воздействия, так же как и использование раздвоенных электродов, определяются клинической картиной заболевания, чаще всего иррадиацией болей; сила тока 10—20 мА; продолжительность — 15—20 мин; курс — до 10 процедур.

1.1.2. Диадинамотерапия. Подготовительный ток — двухполу-периодный непрерывный (ДН) 1 мин, затем короткие периоды тока (КП) 3 мин; сила тока — до ощущения отчетливой безболезненной вибрации; курс — до 5—8 процедур. Следует помнить, что активным электродом здесь является катод, который располагают в проекции патологического очага. Полярность не изменяют.

1.1.3. Амплипульстерапия. Расположение электродов см. 1.1.1. Режим выпрямленный; 1-й род работы (I PP), частота 100 Гц. Глубина модуляции (ГМ) 50—75 %; продолжительность — 15 мин; курс — до 5—8 процедур.

1.1.4. СМВ-терапия на место проекции придатков матки с одной (цилиндрический излучатель) или обеих (прямоугольный излучатель) сторон; далее переход на полостное воздействие (вагинально или ректально), нетепловые дозы, продолжительность — 10—15 мин; курс — до 20 процедур.

1.1.5. УВЧ-терапия на место проекции придатков матки, используя электроды № 2 с зазором 2 см спереди и сзади: нетепловые дозы; продолжительность — 10 мин; курс — до 5—7 процедур. При двустороннем поражении процедуры проводят поочередно, одно поле в день, длительность курса удваивают. При наличии специального электрода возможно вагинальное воздействие.

1.1.6. Магнитотерапия (ПМП или ПемП частотой 100 Гц) по 10—15 мин до 3 раз в день; при хорошей переносимости — ПМП: плоские магнитофоры можно носить постоянно; количество процедур не ограничено.

1.1.7. УФ-облучение открытым излучателем (без тубуса-локализатора) места проекции боли, начиная с 2—3 биодоз с последующим увеличением воздействия на 1 биодозу, до 6; курс — до 5 облучений.

1.1.8. Лед на низ живота (в любой емкости) и вагинально на 10—15 мин каждый час (в металлическом или пластиковом цилиндре, можно использовать влагалищные колпачки для физиотерапевтических аппаратов, презервативы). По мере стихания процесса и снижения температуры тела лед заменяют холодной водой (20—10 °С), продолжительность воздействия не ограничена.

1.1.9. Ультрафонофорез мазей (апис, белладонна, пиромекаиновая с метилурацилом, метилурациловая) в области проекции

придатков. Интенсивность $0,2-0,4 \text{ Вт} \cdot \text{см}^{-2}$, импульсный режим 2 по 5 мин с каждой стороны; на курс — до 5 процедур. Терапевтический эффект возрастает при предварительном ректальном введении свечей с белладонной, метилурацилом, анестетиком. После нормализации температуры тела объем физиотерапевтического воздействия расширяется.

1.2. Подострая фаза

1.2.1. Лекарственный электрофорез по наиболее приемлемой в каждом конкретном случае методике: брюшно-влагалищной, крестцово-влагалищной или брюшно-крестцовой с ректальным введением препарата. Используют преимущественно противовоспалительные (натрия салицилат, амидопирин, вольтарен, делагил), обезболивающие (любые местноанестезирующие средства), сосудорасширяющие препараты, биогенные стимуляторы (пеллоидин, бифунгин); при применении таких лекарственных средств, как алоэ, биосед, торфот, гумизоль, плазмол и др., одну ампулу вещества добавляют в микроклизму. Особенно эффективно приготовление микроклизм на 5—10 % растворе димексида, который обеспечивает хорошую проницаемость для лекарственных веществ. Сила тока 10—20 мА, продолжительность — 15—20 мин, при введении ферментативных препаратов — до 30 мин; курс — до 15 процедур.

1.2.2. Амплипульстерапия или СМТ-форез с аналогичным методу 2.1.1 размещением электродов и введением тех же препаратов. Режим, выпрямленный, I РР, частота 150—120 Гц, ГМ от 50 до 75 %, продолжительность 5 мин; 4-й РР, частота 50—60 Гц, ГМ увеличивается от 50 до 75 %, длительность посылок — 2—4 с, продолжительность — 10 мин, курс — до 10 процедур.

1.2.3. СМВ и ДМВ-терапия по описанной выше методике (1.1.4.) в тепловой дозе; продолжительность — 10—15 мин; курс — до 20 процедур (суммарно с предыдущими).

1.2.4. УВЧ-терапия по описанной выше методике (1.1.5) сначала в слаботепловой, затем в тепловой дозе; продолжительность — 10 мин, курс — не более 10 процедур (суммарно с предыдущими).

1.2.5. Индуктотермия в проекции патологического процесса. Вагинальный индуктор — поперечно, а индуктор-кабель — в виде плоской петли в нижних отделах живота, а лучше — циркулярно вокруг таза либо плоской петлей, вмонтированной в деревянный стул, на который садится больная. Дозу в процессе лечения уве-

личивают от слаботепловой до тепловой, продолжительность — 10—15 мин; курс — до 10—15 процедур.

1.2.6. Магнитотерапия (ПемП частотой 100 Гц, затем 50 Гц, или импульсное МП). Магнитная индукция до 35 мТл; продолжительность — 15—20 мин. При наличии полостного индуктора — влагалищное воздействие; курс — 15—20 процедур.

1.2.7. Ультрафонофорез различных мазей и линиментов (пиромекаиновая с метилурацилом, метилурациловая, спедиан, индометациновая, индовазин, санитас, нафтальгин, бутационо-вая, випросал, випратокс, апилак, пропоцеум, ализартрон, мифенамовая, антибиотиксодержащие мази (с учетом антибиотикограммы), левориновая, нистатиновая и др.). Воздействие на область проекции придатков матки, при хорошей переносимости препарата мази, не дающие местнораздражающего действия, вводят вагинально. Интенсивность $0,4 \text{ Вт} \cdot \text{см}^{-2}$, импульсный режим III, по 5—7 мин на каждое поле; курс — 10—15 процедур.

1.2.8. Углекисло-сероводородные гинекологические орошения: температура 35°C ; продолжительность — 15 мин через день; курс — 10—12 процедур.

1.2.9. Радоновые гинекологические орошения; удельная радиоактивность $40 \text{ нКи} \cdot \text{л}^{-1}$; температура 38°C ; продолжительность — 15 мин через день; курс — 10—12 процедур.

1.2.10. Грязевые аппликации («труссы» или «брюки»); температура — $39\text{—}40^\circ\text{C}$; тампоны влагалищные грязевые (температура $39\text{—}42^\circ\text{C}$); торфяные (температура $40\text{—}42^\circ\text{C}$), озокеритовые (температура до $45\text{—}50^\circ\text{C}$) по 20—30 мин; курс — до 10—15 процедур.

1.3. Хронический сальпингоофорит с преобладанием инфекционно-токсического фактора

1.3.1. Лекарственный электрофорез по методикам: брюшно-влажалищной, крестцово-влажалищной или брюшно-крестцовой с ректальным (или вагинальным в виде тампона) введением лекарственных препаратов (см. 2.1.2). Для получения максимального депонирования лекарственных веществ целесообразно чередование методик при условии сохранения расположения полюсов, во избежание электроэлиминации введенных препаратов. Используют преимущественно противовоспалительные, сосудорасширяющие средства, биологические стимуляторы. Очень эффективны 25—30 % ДМСО и сера, освобождаемая при электрофорезе из натрия тиосульфата, икhtiола, унитиола,

сероводородной воды. Сила тока — 15—20 мА, продолжительность процедуры — 15—30 мин; курс — до 10—15 процедур.

1.3.2. СМТ-форез перечисленных выше лекарственных веществ. Расположение электродов см. 1.1.1. Режим выпрямленный, IV PP, частота снижается от 100 до 30 Гц в процессе курса лечения; ГМ увеличивается от 25—50 % до 100 %; длительность посылок 2—4 с; время 15—20 мин (полярность не менять); курс — до 10—15 процедур.

1.3.3. СМВ- и ДМВ-терапия в проекции придатков матки или вагинально (см. 1.2.3) в тепловых дозах, продолжительность 10—15 мин; курс — до 15 процедур.

1.3.4. Индуктотермия по методике 1.2.5. Доза тепловая, курс — до 10—15 процедур.

1.3.5. Магнитотерапия (ПеМП). Используют резонансный индуктор 2 Вт на область придатков матки (методика 1.1.6); тепловые дозы, продолжительность 10 мин (при двустороннем поражении такое же воздействие на второе поле); курс — до 10 процедур.

1.3.6. Ультрафонофорез различных мазей, гелей, линиментов: индовазиновой, индометациновой, санитас, икhtiоловой, нафталановой, нафталггиновой, пиромекаиновой с метилурацилом, метациловой, мефенамовой, буталзоновой, простой серной, випросала, випратокса, а также стрептоцида, гиропоцеума; при кандидозе: левориневой, нистатиновой, канестеновой; при урогенитальном хламидиозе: гепариновой, гепароидной, тетрациклиновой, а также лидазы, апилака, 10 % калия йодида на низ живота. Зона воздействия — место проекции придатков матки; для мазей, не оказывающих местнораздражающего действия — вагинально. Интенсивность 0,4—0,7 Вт·см⁻², импульсный режим, продолжительность 4—6 мин на поле; курс — до 15 процедур. Терапевтический эффект усиливает предварительное введение ректальных свечей с икhtiолом, бетиолом, метилурацилом, апилаком и т. д.

1.3.7. УФ-облучение на трусиковую зону и область крестца: 0,5 биодозы + 0,5 биодозы до 3 биодоз через день или 3 биодозы на поясничную область.

1.3.8. Углекисло-сероводородные ванны. Температура 34 °С, продолжительность 15 мин, курс — 10—12 процедур через день.

1.3.9. Грязевые аппликации («труссы») по методике 1.2.10.

1.3.10. Углекисло-сероводородные орошения по методике 1.2.8.

1.3.11. Лазеротерапия. Воздействуют низкоинтенсивным лазерным излучением на проекцию придатков матки на передней брюшной стенке (1—2 поля) и пояснично-крестцовую область (на уровне Th₁₂ — L₁). Плотность потока энергии (ППЭ) 10—

15 МВт·см⁻², продолжительность облучения 1 поля 2—5 мин, суммарное время процедуры не более 20 мин. Курс — 14—20 процедур ежедневно.

1.4. Хронический сальпингоофорит с преобладанием нейротрофических расстройств

1.4.1. Лекарственный электрофорез анальгетических, сосудорасширяющих, ганглиоблокирующих препаратов, биогенных стимуляторов по методике 1.3.1.

1.4.2. ДДТ по брюшно-крестцовой методике с переменной полярности: двухполупериодный ток 2 мин + 2 мин, короткий период 5 мин + 5 мин, длинный период 3 мин + 3 мин, суммарно 20 мин; на курс — до 10—15 процедур. ДДТ-форез обезболивающих и сосудорасширяющих препаратов (без перемены полярности): двухполупериодный 1 мин, короткий период 5 мин, длинный период 10 мин, однополупериодный ритмический 5 мин, суммарно 20 мин; на курс — до 10 процедур.

1.4.3. СМТ или СМТ-форез соответствующих препаратов: режим 1, невыпрямленный (при СМТ-форезе режим 2 выпрямленный). При выраженной боли — 10—15 мин работы. Частоту в течение курса снижают от 150 до 100 Гц, ГМ до 50 %, продолжительность — 10—15 мин; курс — до 8—10 процедур. При умеренных болях III РР в начале курса, затем добавляют IV РР, в конце курса III РР отменяют, оставляют IV. Частоту в течение курса уменьшают со 150 до 30 Гц, ГМ увеличивают с 50—75 % до 100 %, длительность посылок от 2—4 с до 4—6 с, продолжительность — 15 мин, курс — до 10—15 процедур.

1.4.4. Биорегулируемая электростимуляция. Воздействие короткими импульсами длительностью до 250 мкс, амплитудой до 250 В переменной частоты (60—100 Гц) в проекция придатков на передней брюшной стенке и на акупунктурные и паравертебральные точки в пояснично-крестцовой области. Процедуры ежедневно, длительность при непрерывном воздействии — до 30 с на одну зону.

1.4.5. Индуктотермия по описанным методикам (1.2.5).

1.4.6. Магнитотерапия (ПМП и ПеМП частотой 50 Гц) по методике 1.3.8, продолжительность — 10—15 мин, до 2—3 раз в день, при хорошей переносимости магнитофоры можно носить до 10 часов.

1.4.7. Местная дарсонвализация зон максимальной болезненности. Искровой разряд, продолжительность — 7—10 мин, курс — до 10—15 процедур.

1.4.8. Ультрафонофорез мазей и линиментов: спедиана, анестезиновой, пиромекаиновой с метилурацилом, Бом-бенге, санитаса, нафтальгина, бутатионовой, випросала, випратокса, анизартрона, гепариновой, гепароидной. Зона воздействия — мезо- и гипогастральные отделы живота (на 2 см ниже пупка по «трапеции»); продолжительность — 6—10 мин; пояснично-крестцовая область — 4—6 мин; промежность — 5—7 мин — выбирается и чередуется в зависимости от локализации болевого синдрома. Интенсивность 0,4—0,7 Вт·см⁻², импульсный режим по мере стихания боли меняется — сначала II, затем IV, в конце X; курс — до 10—15 процедур.

1.4.8. Радоновые ванны. Удельная радиоактивность 36—50 нКи·л⁻¹, температура 37 °С, продолжительность — 15 мин, курс — 10—12 ванн через день.

1.4.9. Радоновые гинекологические орошения по методике 1.2.9.

1.4.10. Грязевые аппликации на «трусиковую» зону по методике 1.2.10.

2. Трубно-перитонеальное бесплодие. Спаечный синдром в области малого таза

2.1. Лекарственный электрофорез ферментных препаратов и биогенных стимуляторов, в случаях с гипертонусом маточных труб — электрофорез магния и спазмолитиков. Методики обычные для гинекологических больных: брюшно-крестцовая с ректальной микроклизмой, брюшно-влагалищная, крестцово-влагалищная. Сила тока 10—20 мА, продолжительность — 15—20—30 мин; курс — до 10—15 процедур.

2.2. Электростимуляция аппаратами «Стимул» или «Эндотон» по влагалищно-крестцовой методике в течение 10 мин; курс — 10—12 процедур, начиная с 8—9-го дня менструального цикла; лечение проводится 2 цикла подряд.

2.3. СМТ-терапия:

— цервикально-крестцовая методика (вагинально-крестцовая хуже). Режим невыпрямленный, II PP, частота 30 Гц, ГМ 100 %, длительность посылок 4—6 с, продолжительность — 10 мин, курс — 10 процедур; сила тока 10—20 мА, до ощущения безболезненной вибрации на крестце;

— брюшно-крестцовая (менее эффективна), режим 1-й невыпрямленный, род III и IV PP по 5 мин каждый, частота 50 Гц, ГМ 75 %, длительность посылок — 4—6 с, курс — 10—15 процедур, начиная с 6—8-го дня менструального цикла;

— брюшно-крестцовая, режим выпрямленный, I PP, частота 100 Гц, продолжительность — 4 мин; II PP с частотой 80 Гц 10 мин и IV PP, снижают частоту от 80 Гц до 40 Гц, продолжительность — 6 мин, ГМ 75—100 %, длительность посылок — 4—6 с; курс — 10—15 процедур;

2.4. СМВ- или ДМВ-терапия вагинальным (ректальным) электродом в тепловой дозе по 10—15 мин, курс — до 10—15 процедур. Используется самостоятельно либо как подготовительный этап перед гидротубацией, после гидротубации — фонофорез.

2.5. Фонофорез лидазы, гиалуронидазы, террилитина, 5—10% масляного раствора витамина Е, ихтиола, индометациновой, нафталанной мази, бишолина, гепароидной, гепариновой, троксевазина, борной мазей, 1% калия йодида на глицерине. Зона воздействия — нижние отделы живота (на 2 см ниже пупка «по трапеции»), интенсивность от 0,6 до 1,0 Вт·см⁻², импульсный режим I, время на каждой ступени интенсивности увеличивается от 6 до 8 мин, с 10-й процедуры — 9 мин, с 13-й — 10 мин; на курс — 15 процедур. Каждую процедуру целесообразно предварять воздействием на пояснично-крестцовую область паравертебрально с интенсивностью 0,4—0,6 Вт·см⁻² по 3—5 мин с каждой стороны.

При наличии вагинального электрода возможно воздействие через задний или боковые своды — в зависимости от преимущественной локализации процесса. Интенсивность 0,4 Вт·см⁻², импульсный режим, не более 5 мин на одно поле; на курс — 15 процедур. Используют мази, не обладающие раздражающим действием на слизистую оболочку.

2.7. Гинекологические орошения сероводородной, мышьяковистой, радоновой, азотной водой.

2.8. Общие скипидарные ванны с белой эмульсией по А. С. Залманову, на курс — 15—20 процедур.

2.9. Грязевые аппликации на «трусиковую» зону по методике 1.2.10.

2.10. Паровые согревающие компрессы (температура 60—65 °С) на область таза, бинт Винтерница, в течение 30—40 мин, при добавлении грелки между 2-м и 3-м слоями компресса — до 60—90 мин; курс — 15—20 процедур.

2.11. Вибрационный массаж поясничной области и влагалищный. Частота 100 Гц, время 15—20—30 мин; курс — до 15—20 процедур.

3. Эндометрит

Физиотерапевтическое лечение эндометрита не отличается от такового при воспалительных заболеваниях придатков матки, за-

висит от фазы болезни и преобладающей симптоматики. Отличительной особенностью является лишь расположение электродов, индукторов, излучателей, которые размещают на месте проекции матки. Физיותרалгия может быть дополнена введением в полость матки лекарственных препаратов в асептических условиях перед физиотерапевтическим сеансом (электрофорез, ДД-форез, СМТ-форез). Используются методики 1.3.1, 1.3.5, 1.3.6, 1.3.7, 1.4.2, 1.4.7, 1.4.9 и др.

4. Миомы матки, генитальный эндометриоз

Физиотерапевтическое лечение применяется в случаях, не требующих хирургического лечения, и при отсутствии подозрения на злокачественное перерождение яичников.

Электрофорез цинка (1.3.1) повышает результативность неоперативного лечения миомы у женщин 25—50 лет, когда размер опухоли не превышает величины матки 10—12-недельной беременности. Успешно используются радоновые ванны (1.2.9), при сопутствующем хроническом эндометрите и сальпингоофорите, йодобромные — при хронических воспалительных процессах на фоне гиперэстрогении. Результативность лечения генитального эндометриоза повышается при проведении электрофореза йода, цинка, амьдопирина.

Для устранения исходного нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы используют йодобромные ванны, электрофорез йода или йода с цинком. Проводят также эндоназальную гальванизацию и трансцеребральное воздействие УВЧ.

4.1. Эндоназальная гальванизация. Один электрод (8×10 см) помещают на затылочную область, другой (два коротких конца провода, обернутых ватой) — в полость носа. Сила тока — 0,3—0,7 мА, продолжительность 10—30 мин. Курс — до 15 процедур.

4.2. УВЧ-терапия трансцеребрально. Конденсаторные пластины (аппарат «Ундатерм») диаметром 9 см — в лобно-затылочном положении с зазором 3 см, слаботепловая доза, продолжительность — 10 мин; курс — 10 процедур.

Реабилитация в послеоперационном периоде проводится в зависимости от локализации гетеротопий. При их расположении в ретроцервикальной области и выраженном болевом синдроме проводят эндоназальную гальванизацию (4.1), которая нормализует тонус центральных механизмов регуляции и функцию периферических органов. При эндометриозе яичников такая процедура корригирует нарушение соотношения гонадотропных гормонов гипофиза. Оперированным больным назначают гальва-

низацию шейно-лицевой области (по Келлату — Змановскому, 1.2.1) с последующей электростимуляцией шейки матки (2.2). Это повышает базальную и циклическую секрецию лютеинизирующего гормона.

С целью профилактики прогрессирования миомы помимо гальванизации применяют электрофорез йода и цинка (1.3.1) и электростимуляцию шейки матки (2.2), а также радоновые (1.4.8) и йодобромные ванны. Их целесообразно использовать и для предупреждения роста эндометриозных гетеротопий. Прогрессирование мастопатии можно предупредить электрофорезом йода или йодобромными ваннами.

5. Использование физиотерапии при хирургическом лечении гинекологических заболеваний

При подготовке больных к плановым операциям для мобилизации защитных реакций организма применяют общее УФ-облучение, индуктотермию на область надпочечников или грудины. Для оказания транквилизирующего воздействия используют электросон, электрофорез седуксена или брома по «воротничковой» методике. Санация зоны вмешательства достигается применением эритемных доз УФ- или лазерного облучения операционного поля.

5.1. Общее УФО по ускоренной схеме, если не проводилось до операции (родов). Начиная с 0,5 биодозы, ежедневным увеличением на 0,5 биодозы до 4—4,5 биодоз; на курс — 10 процедур.

5.2. Индуктотермия области средней трети грудины в тепловой дозе. Продолжительность 7—10—15 мин; курс — 3—5 процедур, проводимых ежедневно или через день.

5.3. Электросон по глазнично-сосцевидной методике. Частота импульсов — 10 Гц, сила тока до появления ощущения вибрации, продолжительность — 10—50 мин ежедневно, курс — 10—15 процедур.

Важным звеном в профилактике послеоперационных осложнений является купирование болевого синдрома. Высокоэффективным средством подавления боли в послеоперационном периоде служит транскраниальная электроаналгезия, которая обеспечивает и стабилизацию нейровегетативных реакций. Тем самым предупреждаются рефлекторные реакции, связанные с оперативным вмешательством. Другим эффективным средством купирования боли служит акупунктура. При наличии болевого синдрома используют ДДТ- и СМТ-терапию, ультрафонофорез анальгетиков.

5.4. Электрофорез или ДДТ-форез, СМТ-форез анальгетиков при наличии болевого синдрома.

А. ДДТ двухполупериодный ток 30 с, короткий период по 3—5 мин с переменной полярностью. При ДДТ-форезе — время короткого периода 10 мин, без перемены полярности, на курс — 3—5 процедур.

Б. ДДТ для ускорения сокращения матки — над лоном катод, на область поясницы — анод, двухполупериодный ток 30 с, длинный период 10—15 мин; на курс — от 1 до 3—5 процедур.

В. СМТ — режим невыпрямленный (при СМТ-форезе — выпрямленный), I РР, частота 120—100 Гц, ГМ увеличивается с 25 до 75 % в течение 5 мин, затем III РР с теми же параметрами в течение 10 мин, длительность посылок 2—4 с; курс — до 5—7 процедур.

5.5. Фонофорез противовоспалительных мазей (оптимально мазь апис — белладонна) на область инфильтрата или лактостаза, интенсивность 0,2—0,4 Вт·см⁻², импульсный режим II, затем IV. Время 3—5—7 мин на каждое поле; курс — от 1—2 до 15 процедур. Для профилактики заболеваний органов дыхания после операции назначают ингаляцию отрицательных аэроионов.

Использование физиотерапии целесообразно для профилактики послеоперационных осложнений и абсолютно необходимо при возникновении осложнений.

5.6. Франклинизация. 10 кВ, продолжительность — 10—20 мин; на курс — до 10 процедур.

С целью предупреждения патологической инфильтрации и нагноения через 1—3 сут после операции начинают воздействие на область ушитой послеоперационной раны коротковолновыми УФ-лучами, а также проводят УВЧ- или СМВ-терапию.

5.7. СУФ области инфильтрата, начиная с 2 биодоз, с ежедневным увеличением на 0,5 биодозы до 4—5 биодоз; в зависимости от локализации процесса возможно доведение до 6 биодоз; на курс — до 6 процедур.

5.8. СМВ-терапия области инфильтрата в нетепловой дозе, продолжительность — 7—10 мин, ежедневно; на курс — 3—5 (до 10) процедур.

Больным, оперированным путем чревосечения, через 5—7 сут после операции для предупреждения развития спаечного процесса в малом тазу целесообразно назначить ультразвук в импульсном режиме (1.3.6), исключая при этом продвижение излучателя по области ушитой раны. Оптимально проведение 2 курсов по 10 процедур с перерывом 2 мес. Назначают также магнитотерапию.

5.9. Магнитотерапия — ПеМП с частотой 100 Гц и 50 Гц или ПМП на область инфильтрата; время до 20 мин однократно либо по 10 мин 3 раза в день.

В целях профилактики осложнений после аборта женщинам, прервавшим первую беременность, а также больным, страдающим привычным невынашиванием беременности или генитальным инфантилизмом, целесообразно назначить курс электрофореза меди или 5% раствора магния сульфата в виде СМТ-фореза или фонофореза в импульсном режиме. СМТ-форез можно назначать в день аборта, а фонофорез — через 3 дня. Для профилактики эндометрита используют внеполостные методики ДДТ и СМТ (1.4.2 и 1.4.3). Кроме того, после прерывания первой беременности в целях быстрого восстановления физиологического гормонального цикла и появления полноценного овуляторного цикла целесообразно назначить курс электрофореза меди (1.3.1).

6. Нарушения менструального цикла

Нарушения менструального цикла могут являться следствием нейрогуморальных нарушений звеньев регуляции, а также симптомом какого-либо гинекологического или экстрагенитального заболевания.

При первичном изменении функции гипоталамо-гипофизарной системы назначают гальванизацию шейно-лицевой области (1.3.1), при наличии воспалительных заболеваний головного мозга — электрофорез 5% раствора калия йодида трансорбитально (по Бургиному).

При вторичных изменениях деятельности гипоталамо-гипофизарной системы вследствие первичного поражения половых органов воспалительным процессом используют методики ДДТ, СМТ, индуктотермию на низ живота, СМВ-терапию, лазеротерапию и ультрафонофорез (см. раздел 1.4).

При половом инфантилизме применяют гальванизацию «трусиковой» зоны (2.1.1), электрофорез меди в 1-ю фазу и цинка во 2-ю фазу менструального цикла на низ живота, биорегулируемую электростимуляцию (1.4.4), ультратонтерапию.

6.1. Ультратонтерапия вагинальным и ректальным электродом. Электрод во влагалище (или прямой кишке) на глубину 5—8 см, воздействие — по ощущению больной слабого местного тепла. Методика стабильная, продолжительность — 20 мин, курс — 20 процедур.

7. Климактерический синдром

Применение лечебных физических факторов различно и зависит от формы климактерического синдрома.

При вегетососудистой форме назначают классический ручной массаж «воротниковой» зоны, циркулярный душ, гальванизацию по Келлату — Змановскому, электрофорез седуксена, папаверина, новокаина, эуфиллина на «воротниковую» зону (1.3.1).

При сопутствующей гипертонической болезни I—II стадии и гипоталамическом синдроме назначают электрофорез официнальных растворов никотиновой кислоты, сернокислой магнезии, папаверина, эуфиллина на «воротниковую» зону (1.3.1); электросон (5.3), местную дарсонвализацию (1.3.7).

При нервно-психической форме назначают гальванический «воротник» по Щербаку, электрофорез магния и брома на «воротниковую» зону, циркулярный душ и электрофорез седуксена эндоназально и по Бургинону, биорегулируемую электростимуляцию, трансцеребральное воздействие ЭП УВЧ.

Обменно-дистрофическую форму лечат по тем же методикам, что и ожирение.

8. Физиотерапевтические аспекты медицинской реабилитации гинекологических больных

В соответствии с современными представлениями выделяют три этапа медицинской реабилитации: *лечебно-щадящий, функционально-тренирующий и этап активного восстановления функций*. Физиотерапевтические процедуры первых двух этапов изложены выше. На третьем этапе преимущественно используют процедуры рефлекторно-сегментарного и общеукрепляющего воздействия. Такие процедуры являются весьма важным компонентом комплексного лечения в гинекологии, поскольку восстанавливают иннервацию и трофику органов малого таза. К ним прежде всего относят воздействие на «трусиковую» зону, отчасти — на «воротниковую», а также различные методики эндоназального воздействия. К методикам рефлекторного действия можно отнести и лимфотропную терапию, представляющую собой введение в нижнюю часть голени при поперечном размещении электродов таких препаратов, как террилитин, лидаза, антибиотики, десенсибилизирующие препараты.

В целях активного восстановления функции могут быть использованы следующие процедуры.

8.1. Гальванизация «трусыковой» («воротниковой») зоны с постепенным увеличением тока с 6 до 16 мА и возрастанием продолжительности процедуры с 6 до 16 мин; курс — 10 процедур.

8.2. Дарсонвализация «трусыковой» зоны тихим и искровым разрядом, постепенное увеличение продолжительности процедуры с 5 до 20 мин; курс — до 10 процедур.

8.3. УФ-облучение «трусыковой» зоны традиционно рекомендуют использовать в комплексном лечении гинекологических больных. Вместе с тем такое облучение существенно ограничивает другие воздействия на кожу. В клинической практике используют различные схемы. Принцип дозировки единый — чем острее процесс, тем больше доза.

А. Облучают 5 полей в один или два дня, чаще — 1—2 поля в день:

— 1-е поле — пояснично-ягодичная область от II поясничного позвонка до ягодичных складок;

— 2-е и 3-е поля — боковые поверхности бедер и таза от гребешка подвздошной кости до уровня ягодичных складок;

— 4-е и 5-е поля — верхняя треть передней поверхности бедер от паховой складки, которую закрывают.

Облучение осуществляют в нарастающих дозах с 3—4 до 6 биодоз, повторные облучения проводят после угасания эритемы, на каждое поле по 5—6 облучений.

Б. Облучение 6 полей — по 1—2 поля в день, доза — от 3 до 4 биодоз, каждое поле облучают 2 раза с интервалом в 2—4 дня. Поля определяют следующим образом.

— 1-е и 2-е — передняя поверхность верхней трети каждого бедра;

— 3-е и 4-е — задняя поверхность верхней трети каждого бедра;

— 5-е — пояснично-крестцовая область от II поясничного позвонка до ягодичных складок;

— 6-е — нижняя половина передней брюшной стенки.

В. Облучение дважды 4 полей — по одному ежедневно или через день, первое облучение — 2—4 биодозы, второе — 4—5 биодоз. Поля определяют следующим образом:

— 1-е — задняя поверхность верхней трети бедер;

— 2-е — передняя поверхность верхней трети бедер;

— 3-е — пояснично-крестцовая область;

— 4-е — нижняя часть передней брюшной стенки.

8.4. Грязевые аппликации с температурой грязи — 38—45 °С на «трусыковую» зону либо озокерит, глина или песок; длительность процедуры — 30—40 мин.

8.5. Водолечение применяют в виде:

— восходящего душа (желательно с одновременным воздействием в виде дождевого либо струевого душа — на поясничную область);

— сидячих ванн (сероводородных, радоновых, скипидарных, углекислых, с лекарственными травами);

— гидромассажа нижних отделов тела.

Для укрепления мышц промежности и тазового дна, помимо лечебной гимнастики (напряжение и расслабление мышц заднего прохода и ягодиц), также используются физиотерапевтические методы электростимуляции и сфинктеротонизации.

Оптимальный результат достигается при использовании вагинального (или ректального) электрода, являющегося катодом, при отсутствии такового используется обычный плоский электрод, который размещают на промежности. Анод располагают под лонном, а при наличии вертеброгенного компонента — в области пояснично-крестцового отдела позвоночника.

8.6. Дидинамотерапия осуществляется по различным методикам, обязательным условием которых является повышение силы тока до ощущения сокращения мышц тазового дна и чувства «сползания электрода».

Режим А. Двухполупериодный ток — 15 с, однополупериодный — 4,5 мин, короткий период — 3,5 мин, однотоктный ритмический — 7 мин (суммарно 15 мин); курс — до 7—10 процедур, проводимых через день; пятая процедура обычно свидетельствует об успешности лечения.

Режим Б. Более эффективной является дидинамотерапия однополупериодным волновым током — 1—10 мин, двухполупериодным волновым — 7—10 мин, однотоктным ритмическим — 7—10 мин, (суммарно — длительность процедуры возрастает от 21 до 30 мин), количество процедур на курс — до получения клинического эффекта.

Режим В. Наиболее эффективен двухполупериодный волновой ток с укороченными посылками по 6 с в течение 5 мин, затем однополупериодный волновой с укороченными посылками по 6 с — 10 мин (суммарно 15 мин), процедуры проводят ежедневно или через день; на курс в зависимости от тяжести конкретного случая — до 7—15 процедур.

8.7. Амплипульстерапия — с аналогичным размещением электродов, выпрямленный режим, II РР, частота снижается с 60 до 30 Гц, ГМ увеличивается с 50 до 100 %, а пауза — сокращается с 6 до 3 с, продолжительность 10—15—20 мин, воздействие ежедневное, через день или через 2 дня, курс — 7—15 процедур.

Конкретные программы медицинской реабилитации больных должны базироваться на увеличении удельного веса лечебных физических факторов на этапе восстановления функций женских половых органов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Нормальные показатели некоторых клинико-лабораторных исследований

Показатели общеклинических исследований крови

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	жен. 2—15 мм/ч	муж. 1—10 мм/ч
Гемоглобин (Hb)	жен. 120—140 г/л	муж. 130—160 г/л
Цветовой показатель (Ц.п.)	0,86—1,05	
Количество эритроцитов (эр.)	жен. 3,7—4,7 · 10 ¹² /л	муж. 4—5,1 · 10 ¹² /л
Объем эритроцитов гематокрит (Ht)	жен. 36—42%	муж. 40—48%
Количество лейкоцитов (л.)	4,0—8,8 · 10 ⁹ /л	
Количество тромбоцитов (тр.)	180—320 · 10 ⁹ /л	
Количество ретикулоцитов (рц.)	0,2—1,2%	
Лейкоцитарная формула:		
миелоциты (мц.)	отсутствуют	
метамиелоциты (ммц.)	отсутствуют	
Нейтрофилы:		
палочкоядерные (п.)	1—6%	0,04—0,3 · 10 ⁹ /л
сегментоядерные (с.)	47—72%	2,0—5,5 · 10 ⁹ /л
эозинофилы (э.)	0,5—5%	0,2—0,3 · 10 ⁹ /л
базофилы (б.)	0—1%	0—0,065 · 10 ⁹ /л
Лимфоциты (лимф.)	19—37%	1,2—3,0 · 10 ⁹ /л
Моноциты (мон.)	3—11%	0,09—0,6 · 10 ⁹ /л
Плазматические клетки (пл.кл.)	отсутствуют	
Диаметр эритроцита по эритроцитометрической кривой Прайс-Джонса		
нормоциты	68 ± 0,4%	
микроциты	15,3 ± 0,42%	
макроциты	16,9 ± 0,47%	
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	24—33 шт	
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците	30—38 %	
Средний объем эритроцита	75—95 мкм ³	
Средний диаметр эритроцита	7,55 ± 0,009 мкм	
Осмотическая резистентность эритроцитов	начало гемолиза при концентрации натрия хлорида 0,5—0,45 % полный гемолиз 0,4—0,35 %	
Время кровотечения (метод Дьюка)	2—5 мин	
Резистентность капилляров	число петехий не более 10, их диаметр не более 1 мм	
Ретенция (адгезивность) тромбоцитов	20—55 %	
Агрегация тромбоцитов	10—60 с	

Ретракция сгустка крови	
качественный метод	30—60 мин
количественный метод	40—95%

Биохимические исследования

Показатели углеводного обмена

Глюкоза:	
плазма	3,89—5,83 ммоль/л
кровь	3,38—5,55 ммоль/л
Глюкозотолерантный тест	натощак 3,33—5,55 ммоль/л
кровь	через 120 мин 3,33,8 ммоль/л
Слаловые кислоты	2,0—2,33 ммоль/л
	1,35—200 усл. ед.
Связанные с белком гексозы	5,8—6,6 ммоль/л
и том числе с серомукоидом	1,2—1,6 ммоль/л
Гликилизированный гемоглобин	4,5—6,1 молярных %
Молочная кислота меньше	1 ммоль/л

Показатели липидного обмена

Общий холестерин	3,9—6,5 ммоль/л
Холестерин:	
альфа-липопротеидов	0,9—1,9 ммоль/л
бета-липопротеидов	до 5,7 ммоль/л
Коэффициент атерогенности	до 3,3 ед.
Бета-липопротеиды	до 35 ед.
Триглицериды	0,45—2,5 ммоль/л
Неэтерифицированные жирные кислоты	400—800 мкмоль/л

Показатели белкового обмена

Общий белок	65—85 г/л
Альбумин	35—50 г/л
Тимоловая проба	0—6 ед.
Серомукоид	0,13—0,2 ед.
Гаптоглобин	0,9—1,4 г/л
Креатинин:	
кровь	44—115 мкмоль/л
моча	4,4—17,7 ммоль/сут
Мочевина:	
кровь	2,5—8,3 ммоль/л
моча	330—580 ммоль/сут
Клубочковая фильтрация	80—120 мл/мин
Канальцевая реабсорбция	97—99%
Мочевая кислота:	
кровь	жен. 0,16—0,4 ммоль/л
муж.	0,24—0,5 ммоль/л
моча	0,24—6,0 ммоль/сут
Уровень средних молекул:	
кровь	0,22—0,26 ед.
моча	0,304—0,334 ед.

Ферменты

Аспартатаминотрансфераза (АСТ): оптимизированный оптический тест метод Райтмана—Френкеля	до 040 МЕ при 37 °С 00,1—0,68 мкмоль/(ч · мл) 28—190 нмоль/(с · л)
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) оптимизированный оптический тест метод Райтмана—Френкеля	до 40 МЕ при 37 °С 0,1—0,68 мкмоль/(ч · мл) 28—190 нмоль/(с · л)
Альфа-амилаза: кровь	3,3—8,9 мг/(с · л) при 37 °С 12 · 32 мг/(ч · мл)
моча	до 44 мг/(с · л) при 37 °С до 120 мг/(ч · мл)
дуоденальное содержимое	1,7—4,4 мг/(с · л) при 37 °С 6—16 г/(ч · мл)
Альфа-гидроксibuтиратдегидрогеназа	до 280 МЕ при 37 °С
Гамма-глутамилтрансфераза: жен.	до 35 МЕ при 37 °С
муж.	до 48 МЕ при 37 °С
жен.	167—1100 нмоль/(с · л) при 37 °С
муж.	250—1767 нмоль/(с · л) при 37 °С
Креатинкиназа: в качестве субстрата креатин	до 100 нмоль/(с · л) при 37 °С до 260 МЕ при 37 °С
в качестве субстрата креатинфосфат	до 220 нмоль/(с · л) при 37 °С
Кислая фосфатаза: в т. ч. таргратлабильное фракция	67—167 нмоль/(с · л) при 37 °С 0—16 мг/(ч · мл)
Лактатдегидрогеназа: оптимизированный оптический тест	до 370 нмоль/(с · л) при 25 °С до 460 МЕ при 37 °С
по реакции с 2, 4-динитрофенилгидразинном	220—1100 нмоль/(с · л) при 37 °С
Липаза	0,8—4,0 мкмоль/(ч · мл) 0—470 нмоль/(с · л) 0—28 мкмоль/(мин · л)
МЕ КОК	до 15 МЕ при 37 °С
Холинэстераза: с субстратом бутирилтхоколинводидом	88—240 нмоль/(с · л) при 37 °С
по гидролизу ацетилхолина	45—95 нмоль/(с · л) при 37 °С 160—340 мкмоль/(ч · мл)

Пигменты

Общий билирубин	8,5—20,5 мкмоль/л
Прямой билирубин	0—5,1 мкмоль/л
Непрямой билирубин	до 16,5 мкмоль/л

Показатели водно-солевого и минерального обмена,
тяжелые металлы, токсические вещества

Натрий: плазма	130—156 ммоль/л
моча	до 320—340 ммоль/сут
Калий: плазма	3,4—5,3 ммоль/л
моча	до 80—100 ммоль/сут

Кальций:	2,3—2,75 ммоль/л
плазма	2,2—7,5 ммоль/сут
моча	
Магний	0,7—1,2 ммоль/л
Хлориды:	
плазма	97—108 ммоль/л
моча	150—2500 ммоль/сут
Неорганический фосфор:	
плазма	1—2 ммоль/л
моча	25—48 ммоль/сут
Железо с ферризином:	7,16—26,85 мкмоль/л
жен.	8,95—28,64 мкмоль/л
муж.	11,6—31,3 мкмоль/л
Железосвязывающая способность сыворотки	45—75 мкмоль/л
Медь:	
жен.	13—24 мкмоль/л
муж.	11—22 мкмоль/л
Коэффициент насыщения трансферрина	20—50%
Оксалаты, моча:	
дет.	8—25 мг/сут
взр.	25—30 мг/сут
Ртуть, моча	до 50 нмоль/л
Свинец:	
кровь	до 1,9 мкмоль/л
моча	0,19 мкмоль/л
Хром, кровь	0,86 мкмоль/л
Бериллий:	
кровь	до 0,002 мкмоль/л
моча	до 0,4 мкмоль/л
Фтор, моча	до 1,9 мкмоль/л
Метгемоглобин, кровь	до 2 г%, 9,3—37,2 мкмоль/л
Сульфгемоглобин	0—0,1% от общего количества
Копропорфирин, моча	30—122 нмоль/г креатинина
δ -Аминолевулиновая кислота, моча	3,9—19 мкмоль/г
Дегидратаза δ -аминолевулиновой кислоты	233—850 нмоль/(с · л)

Гормоны и медиаторы

17-Оксикортикостероиды:	
моча	4—20 мкмоль/сут
плазма	140—550 нмоль/л
11-Оксикортикостероиды, плазма	140—230 нмоль/л
Адреналин, моча	30—80 нмоль/сут
Норадреналин, моча	20—240 нмоль/сут
Ванилинмандельная кислота, моча	2,5—38 мкмоль/сут
5-Оксиндолуксусная кислота, моча	10—20 мкмоль/сут

Нормальные значения содержания некоторых гормонов и маркеров в сыворотке крови

Показатели	Традиционные единицы	Единицы СИ
Адренокортикотропный гормон	0—111 пг/мл	
Альдостерон:		
лежа	12—125 пг/мл	
стоя	70—295 пг/мл	

Продолжение таблицы

Альфа-фетопrotein	0—10 нг/мл	
Глюкагон	50—300 пг/мл	
Инсулин тощачовый	5—25 мкЕД/мл	
Кальцитонин	0—150 пг/мл	
Карциноэмбриональный антиген	0—30 нг/мл	
Кортизол:		
утро	60—230 нг/мл	165,6—634,8
вечер	10—85 нг/мл	27,6—233,6
		нмоль/л
Лютеинизирующий гормон:		
менопауза	14,5—86 мЕД/мл	
фолликулиновая фаза	1,3—19 мкЕД/мл	
середина цикла	24—150 мЕД/мл	
Фолликулостимулирующий гормон:		
менопауза	37—100 мкЕД/мл	
фолликулиновая фаза	2,7—10,5 мЕД/мл	
лютеиновая фаза	1,7—6,5 мЕД/мл	
овуляторный пик	5,6—29,5 мЕД/мл	
Эстрадиол:		
менопауза	10—30 пг/мл	36,7—110,1
фолликулиновая фаза	30—90 пг/мл	110—330,3
лютеиновая фаза	70—200 пг/мл	257—734
овуляторный пик	130—300 пг/мл	477—1174 нмоль/л
Прогестерон:		
фолликулиновая фаза	4—7 нг/мл	12,5—22,3
лютеиновая фаза	20—25 нг/мл	63,5—78,5 нмоль/л
Пролактин	224 ± 177 мЕД/мл	
Ренин:		
стоя	1,5—5,7 нг/мл	
лежа	0,2—2,8 нг/мл	
Соматотропный гормон	0,1—10 нг/мл	
Тироксин (Т ₄)	5—12 мкг/100 мл	64,5—155 нмоль/л
Трийодтиронин (Т ₃)	76—142 пг/100 мл	1,17—2,18 нмоль/л
Тестостерон	0,1—1,0 нг/мл	0,3—3,4 нмоль/л

Коагулологические показатели

Время свертывания	5—10 мин
Активированное время с рекальцификацией крови	50—70
Активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ)	95—105%
Протромбиновое время; протромбиновый индекс	80—100
Время свертывания плазмы при активации фактора X	15—20
Тромбиновое время	15—18 с
Рептилизавое время	15—17 с
Фибриноген колориметрич. метод	2,5—3 г/л
Этаноловый тест	отрицательный
Протамин-сульфатный тест	отрицательный
Фактор XIII	70 ± 15 с
Лизис эритроцитов	3—5 ч
Активность плазмнна	8—15 мм ²
Активность активатора плазминогена	25—35 мм ²

Показатели кислотно-основного состояния организма

pH:	
капиллярная кровь	7,37—7,45
венозная кровь	7,32—7,42
Напряжение углекислого газа в крови (pCO ₂):	
капиллярная кровь:	
жен.	32—45 мм рт.ст.
муж.	35—48 мм рт.ст.
венозная кровь	42—55 мм рт.ст.
Напряжение кислорода в крови (PO ₂):	
капиллярная кровь	83—108 мм рт.ст.
венозная кровь	37—42 мм рт.ст.
Кислород, % насыщения	95—98%
Бикарбонат плазмы крови стандартный (AB, BS):	
капиллярная кровь	18—23 ммоль/л
венозная кровь	22—29 ммоль/л
Буферные основания (В. В.)	43,7—53,6 ммоль/л
Избыток оснований (В. Е.)	±2,3

Иммуносерологические исследования

Определение	норма —
реакция Вассермана—Роае	до диагностического титра
Экспресс-метод (латекс-агглютинация)	до 1:40
Антигалактоназа	до 1:20
Антистрептолизин-О	до 300 ед.
С-реактивный белок	до 250 МЕ/мл
Криопреципитины	отсутствует в норме
Альфа-фетопроtein	отсутствуют
T-лимфоциты (T-РОК, E-РОК)	отсутствует
	40—90%
B-лимфоциты (B-РОК, EAC-РОК)	0,6—2,5 тыс.
	10—30 %
Теофиллинрезистентные T-лимфоциты	0,1—0,9 тыс.
Теофиллинчувствительные T-лимфоциты	40—69%
Нейтрофильные РОК:	5—20%
спонтанные розеткообразующие нейтрофилы	29,9±04,2%
	1,12±0,01 · 10 ³
N _B -РОК	
комплементарные розеткообразующие нейтрофилы	12±1,8%
N _C -РОК	0,45±0,04
Нулевые лимфоциты	26±5%
	0,57±0,04
Нулевые нейтрофилы	55,4±4%
	2,15±0,20 · 10 ³
Уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови:	
IgM	0,5—2,0 г/л
IgG	7,0—20,0 г/л
IgA	0,7—5,0 г/л
Фагоцитарная активность нейтрофилов:	
со стафилококком	40—80%
с латексом	47,5—79,1%
Циркулирующие иммунные комплексы	до 100 усл. ед.

**Значения карнопикнотического индекса по дням
менструального цикла в %, по М. Г. Арсеньевой**

День цикла	Значение	День цикла	Значение
1	25,0 — 26,6	15	72,4 — 74,4
2	16,6 — 18,2	16	59,7 — 61,7
3	11,3 — 12,9	17	50,2 — 52,2
4	20,7 — 22,0	18	42,0 — 43,0
5	27,1 — 28,5	19	36,7 — 38,0
6	31,4 — 33,0	20	32,9 — 34,2
7	36,5 — 38,3	21	30,1 — 30,9
8	40,9 — 43,1	22	26,4 — 28,0
9	44,3 — 46,3	23	22,7 — 24,1
10	49,2 — 51,4	24	18,9 — 19,3
11	55,6 — 57,7	25	14,2 — 15,7
12	63,3 — 65,3	26	25,8 — 27,4
13	72,0 — 74,0	27	12,8 — 14,0
14	79,1 — 80,9	28	1,4 — 2,0

Исследование эякулята (спермиограмма)

Показатели	В норме	При патологии
Объем эякулята, мл	2—4	олигоспермия, 1—2 мл полиспермия, 10—20 мл
Цвет	беловато-мутный	асперматизм желтоватый, опалесцирующий — сперматозоидов мало; зеленоватый — очень мало сперматозоидов; желтый — примесь гноя; красноватый — примесь эритроцитов
Запах	свежих красных каштанов	гнилостный, зловонный
Консистенция	вязкая	вязкость снижена: наблюдается при аспермии, азооспермии и олигоспермии
Концентрация сперматозоидов, млн/мл	15—20	менее 15—20
Общее количество сперматозоидов в эякуляте, млн.	более 50	олигоспермия — < 20 млн.; азооспермия — если в сперме отсутствуют зрелые формы, а определяются лишь клетки сперматогонии; аспермия — отсутствие сперматозоидов в сперме
Лейкоциты, в поле зрения	8	8—10 свидетельствует о воспалительном процессе мочеполовой системы
Эритроциты, в поле зрения	нет	есть
Подвижность сперматозоидов, %:	70	астеноспермия — патологическая подвижность
активная	70	некроспермия — отсутствие подвижности
недостаточная	4—30	
неподвижные	14	
Строение спермиев	нормальное	патологическое

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Длительность и частота диспансерного наблюдения за гинекологическими больными

Заболевание	Длительность наблюдения и частота осмотра
Воспалительные болезни	
Вагинит, вульвовагинит	Частота осмотров зависит от интенсивности воспалительного процесса и общего состояния больной. После ликвидации воспалительного процесса повторный осмотр не реже 1 раза в месяц. Снятие с учета при отсутствии местных воспалительных явлений и нормализации влагалищной микрофлоры
Вагинит, вульвовагинит трихомонадный	Осмотр после окончания курса лечения и после менструации в течение 3 менструальных циклов. Снятие с учета при отсутствии трихомонад и местных воспалительных явлений
Вульвовагинальный кандидоз	То же
Кондиломы остроконечные	После клинического выздоровления осмотры ежемесячно в течение 2—3 менструальных циклов. Снятие с учета при отсутствии кондилом, воспалительных явлений и нормализации влагалищной микрофлоры
Воспаление большой железы преддверия влагалища	Наблюдение в течение 2 мес после клинического выздоровления (1 раз в месяц)
Цервицит и эндоцервицит	Контрольные осмотры после менструации при клиническом выздоровлении в течение 2—3 менструальных циклов. Снятие с учета при отсутствии местных воспалительных явлений и нормализации влагалищной микрофлоры
Эрозия шейки матки	При местном медикаментозном лечении осмотр 1 раз в неделю. После диатермокоагуляции осмотр шейки матки с помощью зеркал и обработка раны через 3—4 нед. В дальнейшем осмотр после менструации. Контрольный осмотр через 3 мес. и снятие с учета после клинического выздоровления, подтвержденного кольпоскопией и нормализацией влагалищной микрофлоры
Эндометрит острый после выписки из стационара	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу. Наблюдение в течение 3 мес после клинического выздоровления и снятие с учета
Эндометрит хронический	Осмотр 1—2 раза в месяц до клинического выздоровления, в дальнейшем 1 раз в месяц в течение 3 менструальных циклов и снятие с учета.
Сальпингит, оофорит острый или обострение хронического после выписки из стационара	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу. Наблюдение в течение 3 мес после клинического выздоровления

Продолжение приложения 2

Сальпингит, оофорит хронический	Осмотры не реже 1—2 раз в месяц до клинического выздоровления, в дальнейшем 1 раз в месяц в течение 3 менструальных циклов. Заключительный осмотр через 3 мес, наблюдение после клинического выздоровления в течение 12 мес и снятие с учета.
Пивосальпинкс, тубоовариальное воспалительное образование — после операции	Осмотр после выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в месяц в течение 3 мес и более в зависимости от объема оперативного вмешательства, особенностей течения послеоперационного периода и др.; снятие с учета через 6 мес после выписки из стационара при отсутствии или значительном уменьшении воспалительного процесса
Абсцесс дугласова пространства. Тазовый перитонит — после операции	Осмотр после выписки из стационара, в дальнейшем перед выходом на работу, затем по показаниям. Наблюдение в течение 6 мес после выписки из стационара и снятие с учета при отсутствии или значительном уменьшении проявлений воспалительного процесса
Параметрит острый. Абсцесс параметрия после госпитализации при несложном течении	См. Сальпингит, оофорит хронический
Невоспалительные заболевания вульвы, влагалища, шейки матки и матки	
Лейкоплакия вульвы, влагалища, шейки матки (без признаков атипии эпителия при гистологическом исследовании)	Осмотр во время лечения 1—2 раза в месяц, по окончании его постоянное диспансерное наблюдение с осмотрами: женщины до 40 лет — 2 раза в год; женщины старше 40 лет — 2—3 раза в год.
Крауроз вульвы	Постоянное наблюдение с осмотром гинеколога 1 раз в месяц
Лейкоплакия вульвы, влагалища, шейки матки, эрозия, полипы шейки матки с базальной клеточной гиперактивностью эпителия, установленной гистологически	После осмотра гинеколога и установления диагноза дальнейшее постоянное наблюдение и лечение в онкологическом диспансере
Болезни матки	
Гиперплазия эндометрия (железистая, железисто-кистозная, полипы эндометрия)	После выписки из стационара (диагностического выскабливания) осмотр в первую неделю. В дальнейшем не реже 1—2 раз в 3 мес до наступления менопаузы и снятие с учета при клиническом выздоровлении
Атипичная гиперплазия эндометрия, очаговый аденоматоз и аденоматозные полипы эндометрия	Частота осмотров — по показаниям в зависимости от возраста больной, клинического течения заболевания, результатов лечения

Продолжение приложения 2

То же после операции

Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем *1 раз в 3 мес* в течение года, затем *постоянное наблюдение 2 раза в год*

Нарушение менструальных циклов, кровотечения

Дисфункциональные циклические маточные кровотечения

Осмотр в течение первых *2—3 мес не реже 2 раз в месяц*. При обследовании по тестам функциональной диагностики *1 раз в неделю в течение 2 менструальных циклов*. После нормализации менструаций наблюдение в течение *12 мес*, снятие с учета после стойкой нормализации менструаций и гематологических показателей

Дисфункциональные ациклические маточные кровотечения

В пубертатном периоде

Осмотр при кровотечении *повторно через 2—3 дня*; по окончании кровотечения — *через 3—4 нед*. При установлении регулярных менструаций *ежемесячный осмотр в течение 12 мес* и снятие с учета

В детородном возрасте

Осмотр при кровотечении *не реже 1 раза в неделю*; по окончании кровотечения *1 раз в 1—2 нед в течение 1—2 мес*; после нормализации менструаций *1 раз в 3 мес в течение 1 года* и снятие с учета

В климаксе

То же

В менопаузе

Осмотр в первую неделю после выписки из стационара (диагностическое выскабливание); в дальнейшем *2 раза в месяц в течение 3 мес*; в последующем после нормализации менструальной функции *1 раз в 3 мес в течение года*. Снятие с учета при стойком прекращении кровотечения

Гипоменорея

Осмотр *через 5—6 дней после первого обращения к врачу*; при обследовании по тестам функциональной диагностики — *1 раз в неделю в течение 2 мес, в дальнейшем 1—2 раза в 3 мес*, до клинического выздоровления; контрольный осмотр — *через 6 мес после клинического выздоровления* и снятие с учета при стойком восстановлении нормального менструального цикла

Аменорея различного генеза, первичная и вторичная

Осмотр по показаниям. При генитальном туберкулезе и других хронических инфекциях и интоксикациях наблюдение и лечение в соответствующих лечебных учреждениях

Склерокястовые яичники

Осмотр до операции по показаниям, после оперативного лечения — в течение первой недели после выписки из стационара; в дальнейшем *1 раз в неделю на протяжении 1—2 мес*; при обследовании по тестам функциональной диагностики — *1 раз в неделю в течение 2 мес, в дальнейшем ежемесячно в течение 3 мес и затем 2—3 раза в год*

Продолжение приложения 2

Нарушения в менопаузе и после нее, тяжелая форма климактерического синдрома	После нормализации менструальной функции наблюдение в течение 12 мес и снятие с учета при стойком ее восстановлении или наступлении беременности
Синдром после искусственной менопаузы	Частота осмотров — по показаниям. Во время обследования по тестам функциональной диагностики — 1 раз в неделю в течение 2 мес; длительность наблюдения решается индивидуально в зависимости от общего состояния и особенностей проявления заболевания, а снятие с учета — при стойком исчезновении патологических симптомов или значительном их уменьшении
	Осмотр не реже 1 раза в 3 мес. Во время обследования по тестам функциональной диагностики — 1 раз в неделю в течение 2 мес; длительность наблюдения решается индивидуально, но не менее 2 лет; снятие с учета при стойком исчезновении патологических симптомов или значительном их уменьшении

Кисты наружных и внутренних половых органов

Киста большой железы преддверия влагалища	Осмотр — 1 раз в год перед госпитализацией. После операции в течение первой недели после выписки из стационара; контрольный осмотр через 1 мес; снятие с учета при клиническом выздоровлении
Киста влагалища (гартнерового хода)	Постоянное наблюдение с осмотром 2—3 раза в год. Осмотр перед госпитализацией и после операции в первую неделю после выписки из стационара, затем 1 раз в 1—2 нед в течение 1 мес; контрольный осмотр через 2—3 мес и при клиническом выздоровлении снятие с учета
Кисты яичника (фолликулярная), желтого тела, параовариальная	Осмотр перед госпитализацией и после операции в первую неделю после выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в неделю в течение 2—3 нед. Заключительный осмотр через 3 мес после выписки из стационара и через 6 мес снятие с учета при клиническом выздоровлении

Доброкачественные новообразования

Фибромиома, миома, фибролептома вульвы и влагалища	Осмотр перед госпитализацией, в течение недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем через 3—4 нед и через 3 мес после клинического выздоровления и снятие с учета. При противопоказаниях к операции или отказе больной от операции постоянное наблюдение с осмотром 1 раз в 3 мес.
--	--

Продолжение приложения 2

Полип шейки матки	Осмотр перед госпитализацией, после операции <i>1 раз в неделю в течение 2—3 нед</i> , в дальнейшем через 3 мес; снятие с учета через 6 мес после клинического выздоровления
Миома матки	Постоянные осмотры <i>1 раз в 3 мес</i> и чаще в зависимости от состояния здоровья
— после консервативной миомэктомии	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем — <i>3—4 раза в год</i> до менопаузы, в менопаузе — <i>постоянно 2 раза в год</i>
— после надвлагалищной ампутации матки	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем <i>1 раз в 3 мес в течение года</i> , затем — <i>постоянно 2 раза в год</i>
— после экстирпации матки	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем <i>1 раз в 3 мес в течение 6 мес</i> , затем — <i>постоянно 2 раза в год</i>
Доброкачественные опухоли яичников (кистома)	Осмотр после операции, выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем <i>2 раза в год в течение 5 лет</i> и снятие с учета при отсутствии жалоб и рецидива
Пролиферирующие муцинозные или папиллярная кистомы	Осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 3—4 нед</i> , затем — в зависимости от объема операции: после овариэктомии с сохранением другого яичника и части его <i>в течение 1 года 2—3 раза</i> , затем <i>2 раза в год</i> ; после экстирпации матки с придатками — <i>через 3 и 6 мес</i> , в дальнейшем <i>постоянно 2 раза в год</i> .
Гормонально-активные опухоли яичников	Осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 3—4 нед</i> , затем <i>через 3 мес в течение 1 года</i> , в последующем <i>2—3 раза в год на протяжении 5 лет</i> и <i>постоянно 1—2 раза в год</i>
Эндометриоз	
Матки (аденомиоз)	Осмотр в течение первой недели после обращения больной, при проведении гормональной терапии в первые <i>2—3 мес не реже 2 раз в месяц</i> , в дальнейшем ежемесячно до окончания курса лечения При оперативном лечении — в первую неделю после выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 3—4 нед</i> , затем независимо от вида терапии — <i>1 раз в 3 мес</i> до наступления менопаузы; снятие с учета при клиническом выздоровлении или значительном улучшении состояния.
Яичников	Осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 2—3 нед</i> , затем <i>ежемесячно в течение 2—3 мес</i> , в дальнейшем <i>1 раз в 3 мес</i> ; снятие с учета через 12 мес после клинического выздоровления значительного улучшения состояния

Продолжение приложения 2.

Ректовагинальной перегородки	Осмотр 2 раза в месяц в течение первых 2—3 мес, в дальнейшем ежемесячно до окончания первого курса лечения. При хирургическом лечении — осмотр после выписки из стационара, в дальнейшем независимо от вида терапии 1 раз в 3 мес до наступления менопаузы и снятие с учета при наступлении клинического выздоровления или значительного улучшения состояния.
Шейки матки	Осмотр 2 раза в месяц (до и после менструации) в течение 1—2 мес. После иссечения участков эндометриоза — 1 раз в 3 мес наблюдение на протяжении 12 мес после клинического выздоровления и снятие с учета
Влагалища	Осмотр 2 раза в месяц (до и после менструации) в течение 1—2 мес, в дальнейшем 1 раз в 3 мес. Наблюдение на протяжении 12 мес после клинического выздоровления и снятие с учета.
Неправильные положения и аномалии развития половых органов	
Неполное и полное выпадение матки и влагалища	Осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в неделю в течение 2—3 нед; контрольный осмотр через 1—2 мес с учетом при клиническом выздоровлении
Дисгенезия гонад	Наблюдение в детском возрасте осуществляется в детской поликлинике, при отсутствии в ней акушера-гинеколога, наблюдение ведет врач женской консультации
Типичная форма — карิโอ-тип XO (синдром Шерешевского—Тернера)	Осмотр при лечении анаболическими стероидами — 1 раз в 6 мес, в дальнейшем — при лечении женскими половыми гормонами — в течение первого года через 2—3 мес, в дальнейшем постоянно 1 раз в 6 мес.
Чистая форма — основной карิโอтип XX	Осмотр в течение первого года лечения через 2—3 мес, в дальнейшем постоянно 1 раз в 6 мес
Смешанная форма (XY)	Осмотр после начала лечения половыми гормонами 2—3 раза в течение первого года, в дальнейшем постоянно 2 раза в год
Врожденный адреногенитальный синдром (простая форма)	Наблюдение в детском возрасте осуществляется в детской поликлинике, после наступления пубертатного периода, наблюдение ведет врач женской консультации. Постоянные осмотры при простой форме 2 раза в год, при появлении декомпенсации 4—6 раз в год
Раннее половое развитие	Постоянное наблюдение 1 раз в 6 мес в детской поликлинике у педиатра и эндокринолога
Задержка полового развития	Осмотр 1 раз в 6 мес. После установления регулярных менструальных циклов — наблюдение в течение 6 мес, снятие с учета при достаточном

Продолжение приложения 2

Аплазия и атрезия влагалища при функционирующей матке	<p>развития вторичных половых признаков и регулярных менструальных циклах в течение 6 месяцев.</p> <p>Осмотр после операции, выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 3 нед, затем ежемесячно в течение 6 мес, 2 раза в год</i>, длительность наблюдения в зависимости от характера и объема операций. Снятие с учета при нормализации менструаций (создание оттока крови) и возможности половой жизни</p>
Сочетание атрезии влагалища с аплазией матки	<p>Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 3—4 нед, затем ежемесячно в течение 3 мес; контрольный осмотр — через 2 мес</i>. Снятие с учета при возможности половой жизни</p>
Инфантилизм генитальный	<p>Осмотр в зависимости от причины обращения женщины в консультацию (нарушение менструальных циклов, бесплодие, невынашивание), длительность наблюдения зависит от степени выраженности инфантилизма, возраста больной, эффективности терапии. Снятие с учета при нормализации менструальной функции</p>
Другие заболевания	
Пузырно-влагалищные и уретровлагалищные	<p>Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 3—4 нед, затем при отсутствии изменений в моче через 2—3 мес, при дизурических явлениях или изменениях в моче — по показаниям, наблюдение в течение 4 мес после выписки из стационара</i> и снятие с учета при наличии клинического выздоровления.</p>
Кишечно-влагалищные свищи	<p>Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, в дальнейшем <i>1 раз в неделю в течение 2—3 нед; контрольный осмотр через месяц</i> и снятие с учета при заживлении свища</p>
Женское бесплодие	<p>Повторные осмотры в зависимости от применяемого метода исследования, но не реже <i>2 раз в 3—4 мес</i>. При обследовании по тестам функциональной диагностики <i>2 раза в неделю в течение 1—2 мес</i> снятие с учета при наступлении беременности</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Некоторые вопросы контрацепции

Предупреждение незапланированной беременности безопасными методами является одной из важных задач современной медицины. Эта проблема находится в последние годы в центре внимания ученых всего мира в связи с тем, что установлена тесная связь между состоянием здоровья женщины и ее репродуктивной функцией. Термин «контрацепция» означает буквально «предохранение от зачатия» (от латинского «contra» — против и «asserio» — зачатие, восприятие). Отсюда происходит термин «контрацептивы», другими словами «противозачаточные средства». В более широком смысле слово «контрацепция» представляет собой метод контроля над рождаемостью, обеспечивающий прерывание естественного хода событий от зачатия до рождения ребенка. Регуляция рождаемости, осуществляемая с помощью различных методов контрацепции с учетом возраста женщин, репродуктивного анамнеза, направлена на снижение гинекологической заболеваемости, сохранение здоровья женщины и ее детородной функции. Идеальное контрацептивное средство должно отвечать следующим требованиям:

- иметь высокую гарантию предупреждения беременности;
- отрицательно не влиять на половое чувство;
- быть безвредным для женщины и мужчины;
- быть удобным в применении;
- быть экономичным.

На сегодняшний день таких средств, то есть отвечающих всем условиям, нет. Рассматриваемые ниже различные методы контрацепции обладают теми или иными преимуществами или недостатками.

Классификация способов контрацепции

1. Физиологическая контрацепция основана на том, что в известные периоды менструального цикла, отдаленные от времени овуляции, женщина является как бы «физиологически стерильной». Так, например, если при 28-дневном цикле овуляция происходит на 14-й день цикла, то «относительно безопасными» будут следующие отрезки цикла: от 1-го до 8-го и от 20-го до 28-го дней. Но овуляция — динамический процесс, поэтому данный метод малоэффективен.

2. Биологическая контрацепция предполагает периодическое воздержание и прерванное половое сношение.

3. Химическая контрацепция. В настоящее время широко распространены химические вещества (спермициды), непосредственно воздействующие на спермиек: грамицидин, контрацептин-Т, лютеннурин, фарматекс и др.

4. Иммунологическая контрацепция является новым разрабатываемым методом, основанным на иммунологической несовместимости вследствие образования антител против спермы; изучаются препараты — ингибиторы сперматогенеза.

5. Механическая контрацепция включает использование мужских (кондомы) и женских презервативов (влагалитные презервативы, шеечные колпачки, губки, тампоны).

6. Внутриматочная контрацепция. За последние четверть века применение ВМК стало одним из самых распространенных и безопасных методов регуляции рождаемости. Многие страны используют их в национальных программах планирования семьи.

Достоинства ВМК заключаются в том, что они не подавляют овуляцию, не влияют на желтое тело, не ускоряют транспорт оплодотворенной яйцеклетки и сохраняют свою эффективность в течение нескольких лет.

Существует 2 основных типа ВМК: немедикаментозные (их основа — полиэтилен) и медикаментозные (содержат медь, серебро, прогестерон и др.).

Среди немедикаментозных (инертных) ВМК наибольшее распространение получил внутриматочный контрацептив из полиэтилена в виде двойной буквы S, предложенный Lippes в 1962 г. и известный в клинической практике как петля Липпса. Подбор размера контрацептива (1—4) осуществляется врачом индивидуально для каждой женщины в зависимости от величины полости матки. Длительность использования петли Липпса, согласно инструкции, составляет 2 года.

Подбор размера петли Липпса:

- № 1 — при длине полости матки 2,5 см;
- № 2 — при длине полости матки 2,6—3,9 см;
- № 3 — при длине полости матки 4—5 см;
- № 4 — при длине полости матки более 5 см.

Среди медикаментозных ВМК весьма распространенными в настоящее время являются контрацептивы, в состав которых входит медная проволока, в виде спирали оплетающая полимерную основу ВМК различной формы. Популярными являются также ВМК, содержащие наряду с медью и серебром. ВМК с серебром имеют внутри медной проволоки серебряный стержень, который замедляет коррозию медной проволоки и увеличивает длительность применения контрацептивов до 5—7 лет. Существуют контрацептивы из сплава золота отечественного производства. В нашей стране наиболее часто используются ВМК типа петли Липпса и T-образного медьсодержащего ВМК производства Казанского медико-инструментального завода, а также импортные, зарегистрированные и имеющиеся в нашей аптечной сети:

1. Grawivard-фирма (G. D. Searle), США. Этот контрацептив выполнен в виде цифры 7. Содержит 89 мг меди с поверхностью 200 мм². Выпускается двух размеров: grawivard стандарт (поперечный размер — 26 мм, вертикальный — 36 мм) и Mini-grawivard (поперечный размер — 22 мм, вертикальный — 28 мм). Длительность использования составляет 3 года.

2. Correg-T200, Финляндия. Это наиболее распространенный в мире в предшествующие годы контрацептив, который имеет форму буквы T. Площадь медной поверхности его составляет 200 мм². Размер горизонтальных ветвей контрацептива равен 32 мм, вертикальное плечо равно 36 мм. Длительность использования Correg-T200 составляет 3 года.

3. Nowa T Cu Ag, Финляндия. Этот контрацептив содержит наряду с медью серебро. Площадь медной поверхности составляет 200 мм². Кроме того, на нижнем конце вертикального плеча Nowa T имеет петлю, которая предотвращает ретроградную перфорацию шейки матки. Длительность использования этого вида ВМК, согласно инструкции, составляет 5 лет.

4. Особо следует отметить ВМК типа Multiload Cu 250 и Cu 375, которые выпускаются голландской фирмой «Органон». Поверхность меди в Multiload Cu 250 равна 250 мм², что повышает их эффективность и снижает процент осложнений. ВМК имеет форму полуовала с шиповидными выступами. Горизонтальный размер данного ВМК меньше, чем у других видов ВМК. Multiload Cu 250 обладает повышенной гибкостью, не раздражает маточных углов, не растягивает матку. Шиповидные выступы уменьшают процент экспульсии, фиксируя контрацептив в максимально высоком положении, упираясь в дно матки и не растягивая её полости. Длительность ношения данного вида ВМК, согласно инструкции, 3 года. Multiload Cu 250 выпускается 3 видов: стандартный тип — для введения в полость матки, длина которого по зонду составляет 6—9 см, короткий — для матки длиной 5—7 см и мини-тип — для матки длиной менее 5 см.

Multiload Cu 375 имеет медную поверхность площадью 375 мм². Выпускается 2 типов: стандартный — для введения в полость матки, длина которой по зонду

составляет 6—9 см, и si тип — для матки длиной 5—8 см. Длительность использования MI 375 — 5 лет.

5. Cu-SAFE представляет собой T-образный контрацептив с загнутыми внутрь горизонтальными ветвями с площадью медной поверхности 300 мм². Длительность использования данного ВМК составляет 3 года.

Гормональные ВМК представляют собой различной формы приспособления, содержащие капсулы с гормональными средствами, которые медленно высвобождаются в полости матки в течение 1—2 лет, оказывая прямое локальное действие на эндометрий, маточные трубы и слизистую оболочку шейки матки. ВМК могут содержать следующие соединения: левоноргестрел; медроксипрогестерона ацетат; норэтистерон и левоноргестрел и др. ВМК из силастика и полилактатной пленки, выделяющие норгестрел; ВМК, выделяющие малые дозы современных производных норгестостерона—норэтистерона и норгестрела. Это прогестасерт и ТРС-52;

Progestasert состоит из проницаемой полимерной мембраны, которая высвобождает прогестерон с предсказуемой контролируемой скоростью, равной 65 мкг/24 ч в течение 1 года. Введение ВМК — серьезная манипуляция, которая должна осуществляться хорошо подготовленным врачом с учетом показаний и противопоказаний.

Показания для применения контрацепции:

- предупреждение беременности;
- противопоказания беременности.

Противопоказания к применению внутриматочных контрацептивов:

- острые, подострые и хронические заболевания матки и придатков с частыми обострениями;
- лейкоплакия, псевдоэрозия шейки матки, полипоз цервикального канала, эндоцервицит;
- нарушения менструального цикла по типу метро- или метроррагии;
- наличие беременности или подозрение на нее;
- аномалии развития матки, несовместимые с конструкцией или формой ВМК; внутриматочные синехии;
- инфицированный выкидыш или аборт в анамнезе в течение 3 мес до планируемого введения ВМК;
- послеродовые инфекции органов малого таза в течение 3 мес до планируемого введения ВМК;
- подозрение на злокачественное новообразование половых органов, наружный и внутренний эндометриоз, доброкачественные опухоли внутренних половых органов;
- полипоз, гиперплазия эндометрия;
- разрыв шейки матки;
- стеноз цервикального канала;
- острые инфекционные или экстрагенитальные заболевания;
- заболевания, протекающие с нарушением гемостаза;
- неоднократные экспульсии ВМК в анамнезе;
- аллергия на вещества, выделяемые ВМК (медь, гормоны).

Восстановление менструации и фертильности после использования ВМК происходит через 1—6 мес, зачатие наступает через 2—5 мес.

Выбор времени введения ВМК. Общепринятое время введения ВМК — во время или сразу после менструации. Этот период выбран потому, что во время менструации канал шейки матки немного расширен и это облегчает введение средства; такая практика также снижает риск введения ВМК в ранние сроки беременности.

В некоторых случаях введение ВМК в иные сроки, например после рождения плаценты, после родов или после аборта, может оказаться более удобным как для медицинского персонала, так и для самой пациентки.

Осложнения внутриматочной контрацепции:

- внематочная беременность;
- воспалительные заболевания органов малого таза;

- самопроизвольное изгнание ВМК;
- перфорация матки (во время постановки ВМК);
- болевой синдром в области органов малого таза;
- мено- и метроррагия.

7. Оральная контрацепция (гормональная) является самым распространенным методом. Данный способ предупреждения беременности основан на подавлении овуляции.

Различают препараты общего действия (бисекурин, нон-овлон, антеовин, триквилар, постинор и др.) и местного действия, например вагинальные кольца (норгестрел, препарат 2323), которые готовятся из пластических материалов и содержат прогестаны. Последние медленно высвобождаются в течение определенного времени.

Показания для назначения гормональной контрацепции те же, что и для ВМК.

Противопоказания к гормональной контрацепции:

- наличие новообразования и резидуальный период после удаления доброкачественных и злокачественных опухолей;
- артерииты, капилляриты, флебиты, периферические ангионеврозы;
- коагулопатии, тромбоэмболическая болезнь;
- коронарная недостаточность;
- все формы и стадии церебрососудистой недостаточности;
- эссенциальная и симптоматическая артериальная гипертензия;
- нарушения венозного кровообращения;
- идиопатическая и алиментарная гиперлипидемия;
- липоидозы (ксантома, болезнь Гоше, Нимана—Пика и др.);
- сахарный диабет;
- все формы и стадии гипофизарной и надпочечниковой недостаточности;
- заболевания щитовидной железы;
- заболевания печени;
- неврозы, психозы, психопатия, эпилепсия;
- экстрапирамидные гиперкинезы, невриты зрительных нервов;
- заболевания крови (серповидная анемия, мегалобластическая анемия);
- коллагенозы.

Восстановление менструальной функции и фертильности после гормональной контрацепции происходит через 2,5 — 4,5 мес, при этом зачатие возможно через 7 — 18 мес.

8. Посткоитальная контрацепция применяется в течение 72 ч в случае, если во время полового акта не использовались контрацептивные средства и методы, — «незащищенный» половой акт. При этом могут быть использованы ОК — метод Юспе (схемы применения см. ниже). Кроме этого, в течение 5 сут от момента «незащищенного» полового акта, с целью посткоитальной контрацепции может быть использовано введение медьсодержащих ВМС.

Посткоитальная гормональная контрацепция. В качестве основного средства посткоитальной контрацепции в течение ряда лет применялся постинор (Венгрия), использование которого сопровождалось значительным числом осложнений в виде различных нарушений менструального цикла.

В настоящее время наиболее предпочтительными являются следующие схемы посткоитальной контрацепции.

Оральный метод (метод Юспе)

Могут применяться комбинированные оральные контрацептивы, содержащие:

- I группа — 50 мкг этинилэстрадиола и 1000 мг этинодиол диацетата (бисекурин, овулен-50); 50 мкг этинилэстрадиола и 1000 мкг норэтистерон-ацетата (нон-овлон); 50 мкг этинилэстрадиола и 1000 мкг линдистренола (линдиол).
- II группа — 50 мкг этинилэстрадиола и 250 мкг левоноргестрела (овидон, гравистат)

III группа — 30—35 мкг этинилэстрадиола и 125—150 мкг левоноргестрела (демулен, ригевидон, микрогидон-30, минизистон)

IV группа — 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела (марвелон)

Чистые гестагены:

V группа — 500 мкг этинодиол диацетата (континуин); 500 мкг норэтиронацетата (норэтистерон); 750 мкг левоноргестрала (постинор).

Схемы применения

I, II, V группы немедленный прием 2 таблеток и еще 2 спустя 12 ч

III группа немедленный прием 3 таблеток и еще 3 спустя 12 ч

IV группа немедленный прием 4 таблеток и еще 4 спустя 12 ч

Показания: для предотвращения нежелательной беременности в случае «незащищенного» полового акта (дефлорация, изнасилование, разрыв презерватива и пропущенные таблетки ОК). Метод эффективен, если с момента «незащищенного» полового акта прошло не более 72 ч.

Противопоказания: те же, что и для оральных контрацептивов.

Побочные эффекты:

— тошнота и рвота (если с момента приема первой либо второй дозы прошло менее 3 ч и началась рвота — прием дозы следует повторить);

— ациклические маточные кровотечения;

— нагрубание молочных желез;

— головные боли.

Ведение пациентки при использовании метода Юспе. Эффективность метода — 96%. Применяется только в «аварийных» целях, однако не следует использовать этот метод чаще 1 раза в месяц, ибо это небезразличная для женского организма процедура; для постоянного использования следует рекомендовать современные высокоэффективные методы ОК и ВМС.

Пациентку необходимо проинформировать о появлении менструальноподобной реакции через 1—2 дня после использования метода Юспе. В случае отсутствия таковой необходимо провести тесты на беременность или использовать ниже приводимый метод.

Посткоитальная контрацепция с использованием ВМС, содержащих медь. Доказана эффективность применения посткоитальной контрацепции, осуществляемой путем введения ВМС, содержащих медь. Однако ВМС должно быть введено не позднее, чем через 5 дней после «незащищенного» полового акта. Этот метод также применим при наличии противопоказаний для использования эстрогенсодержащих комбинированных препаратов и при желании использовать данный метод в дальнейшем. Особо осторожно следует относиться к использованию ВМС для посткоитальной контрацепции у молодых нерожавших женщин, помня о риске развития воспалительных заболеваний малого таза. Эффективность этого вида посткоитальной контрацепции составляет около 98%.

9. Хирургическая стерилизация (обеспложивание). У женщин чаще всего производят перевязку маточных труб или их диатермокоагуляцию. У мужчин осуществляют перевязку семявыносящих протоков.

Хирургическая стерилизация осуществляется по желанию женщин при следующих показаниях:

- наличие трех и более детей;
- возраст старше 30 лет и наличие двух детей;
- возраст старше 40 лет;
- повторное кесарево сечение при наличии детей;
- наличие в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций;
- болезни эндокринной системы: врожденный, приобретенный гипотиреоз, сахарный и несахарный диабет, гипер- и гипопаратиреоз, болезни надпочечников;
- болезни крови и кроветворных органов: апластическая анемия, пурпура и другие геморрагические состояния в стадии ремиссии;
- психические расстройства (вне обострения): преходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний: шизофрения, па-

раноидные состояния, другие неорганические психозы, невротические расстройства, расстройства личности, хронический алкоголизм (все формы) токсикомании (лекарственная зависимость), умственная отсталость;

— болезни нервной системы и органов чувств: стойкие остаточные явления перенесенных воспалительных и токсических заболеваний центральной нервной системы с тяжелыми нарушениями и демиелинизирующих заболеваний; прогрессирующие мышечные дистрофии и другие виды миопатий; эпилепсия, отслойка сетчатки, хориоретинальные воспаления, глаукома с повышенным внутриглазным давлением, близорукость высокой степени; нарушение рефракции и аккомодации; дефекты поля зрения, концентрическое сужение поля зрения до 10° , слепота и пониженное зрение (на оба глаза ниже 0,05); кератит; неврит зрительного нерва; синдром головокружения и другие болезни вестибулярного аппарата; болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха, склерема гортани;

— болезни системы кровообращения (в стадии ремиссии): хронический ревматический перикардит; болезни (пороки) митрального, аортального, трехстворчатого клапана с недостаточностью кровообращения; болезни (пороки) митрального и аортального клапанов (сочетанные); гипертоническая болезнь (ст. IIА с частыми ежемесячными кризами, IIВ, III, злокачественная); ишемическая болезнь сердца; нарушения легочного кровообращения и сердечная недостаточность; перикардиты, миокардиты; нарушения сердечного ритма (фибрилляция и мерцание предсердий и желудочков); эмболия и тромбоз артерий (в анамнезе); узелковый перивартерит и сходные состояния; врожденные пороки сердца; другие врожденные аномалии системы кровообращения; состояния после митральной комиссуротомии после протезирования клапанов сердца (без нарушения кровообращения);

— болезни органов дыхания: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, болезни легких и плевры;

— болезни органов пищеварения: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, синдромы оперированного желудка, дуоденит, гастрит, желчнокаменная болезнь, другие болезни желчных путей, болезни поджелудочной железы;

— болезни мочеполовой системы: хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, гидронефроз, свищи женских половых органов и состояния после операции по поводу их;

— болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: диффузная болезнь соединительной ткани: ревматоидный артрит и другие воспалительные артропатии, анкилозирующий спондилит, остеохондропатии;

— врожденные аномалии; повторные рождения детей с однотипными пороками развития; рождение ранее ребенка с хромосомными аномалиями, доминантно наследуемые заболевания у одного из родителей с высокой степенью пенетрантности;

— наследственные болезни: гетерозиготное носительство у супругов по всем полигенным заболеваниям (нарушения аминокислотного, углеводного, гликолипидного, гликопротеинового обменов). Рождение ранее детей с заболеваниями, наследуемыми сцепленно с полом (гемофилия, миопатия типа Дюшенна и др.). Состояние после оперативного вмешательства, связанного с удалением жизненно важного органа (легкого или его доля, почки и др.).

Противопоказанием для проведения операций хирургической стерилизации женщин являются острые инфекционные заболевания и острые воспалительные заболевания гениталий и других органов, хронические заболевания жизненно важных органов в стадии декомпенсации.

Стерилизация может быть постоянной и временной. Постоянная стерилизация заключается в создании необратимых изменений половых органов, исключающих наступление беременности. С появлением эндоскопии стало возможным проводить временную стерилизацию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Медицинские показания для прерывания беременности

Женщине рекомендуется прерывать беременность при следующих заболеваниях и состояниях.

Инфекционные заболевания:

— все активные формы первичной туберкулезной инфекции: легких, других органов дыхания, мозговых оболочек и центральной нервной системы, кишечника, брыжеечных и лимфатических узлов и брюшины, костей и суставов, мочеполовых и других органов;

— тяжелая форма вирусного гепатита;

— сифилис: ранний с симптомами, скрытый, нервной системы, другие формы сифилиса: поздний скрытый, резистентный к противовоспалительному лечению;

— краснуха и контакт с этой инфекцией в первые 3 мес беременности.

Примечание: при других острых инфекционных заболеваниях, перенесенных в ранние сроки беременности, вопрос о ее прерывании решается комиссией в индивидуальном порядке.

Онкологические заболевания:

— наличие в настоящем или прошлом злокачественных новообразований всех локализаций;

— злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной тканей.

Заболевания эндокринной системы:

— тиреотоксикоз с зобом или без него, тяжелая форма;

— некомпенсированный врожденный и приобретенный гипотиреоз;

— тяжелая форма сахарного диабета у обоих супругов, гиперпаратиреоз, гипопаратиреоз, наследственный диабет, болезни надпочечников в активной фазе или с выраженными остаточными явлениями после специфического лечения.

Болезни системы крови:

— амилоидоз;

— апластическая анемия, часто рецидивирующая или тяжело протекающая; пурпура и другие геморрагические состояния.

Психические заболевания:

— психические расстройства, удостоверенные психоневрологическим учреждением, у матери или у отца будущего ребенка. Психозы: алкогольные, лекарственные, шизофренические, аффективные, параноидальные состояния, другие неорганические психозы; преходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний; другие психотические состояния (хронические), возникающие в результате органических заболеваний; невротические расстройства личности, хронический алкоголизм (все формы), токсикомания (лекарственная зависимость), умственная отсталость.

Заболевания центральной нервной системы:

— воспалительные болезни центральной нервной системы: бактериальный менингит; менингит, вызываемый другими возбудителями; энцефалит, миелит и энцефаломиелит; циститцеркоз;

— наследственные и дегенеративные болезни центральной нервной системы;

— другие болезни центральной нервной системы, все формы рассеянного склероза и другие демиелинизирующие болезни;

— все формы эпилепсии;

— каталепсия и нарколепсия;

— все формы воспалительной и токсической невропатии;

— периодическая гиперсомния;

— мышечные дистрофии и другие виды миопатий.

Заболевания органа зрения:

- отслойка и дефект сетчатки;
- хориоретинальные воспаления;
- тяжелые формы болезней радужной оболочки;
- глаукома в любой стадии;
- нарушения рефракции и аккомодации (тяжелые формы или снижение зрения, не корректирующиеся очками);
- концентрическое сужение поля зрения до 10° ;
- слепота и пониженное зрение (на оба глаза ниже 0,05);
- тяжелые формы кератита;
- неврит зрительного нерва.

Заболевания ЛОР-органов:

- синдром головокружения и другие болезни вестибулярного аппарата;
- все формы отосклероза;
- болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха;
- глухота, глухонмота (врожденная).

Заболевания сердечно-сосудистой системы:

- ревматизм в активной фазе;
- хронический ревматический перикардит;
- болезни (пороки) митрального, аортального, трехстворчатого клапана с недостаточностью кровообращения;
- болезни (пороки) митрального и аортального клапанов (сочетанные);
- гипертоническая болезнь; II стадии — с частыми (ежемесячными) кризами,

III стадия, злокачественная;

- ишемическая болезнь сердца;
- нарушения легочного кровообращения и сердечная недостаточность;
- острые, подострые и хронические перикардиты;
- инфекционно-аллергические миокардиты;
- нарушения сердечного ритма (фибрилляция предсердий и желудочков);
- аневризма аорты;
- тромбоз и эмболия артерий;
- узелковый периартериит и сходные состояния;
- врожденные пороки сердца и другие аномалии системы кровообращения;
- состояния после митральной комиссуротомии с возникновением рестеноза, наличием легочной гипертензии, обострения ревматизма; после протезирования клапанов сердца.

Болезни дыхательной системы:

- стеноз гортани;
- тяжелая форма бронхиальной астмы;
- тяжелая форма бронхоэктатической болезни;
- болезни легких и плевры с легочно-сердечной недостаточностью, амилоидозом внутренних органов;
- стеноз трахеи или бронхов.

Болезни системы пищеварения:

- стеноз и сужение пищевода, не поддающиеся бужированию;
- искусственный пищевод;
- язва желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием стеноза и кровотечения;
- грыжа брюшной полости значительных размеров с расхождением брюшной стенки;
- неинфекционные энтериты и колиты с кишечным кровотечением;
- синдром оперированного желудка;
- нарушение всасывания в кишечнике;
- хронические болезни печени и цирроз;
- хроническая с обострениями желчнокаменная болезнь;
- другие болезни желчных путей;

— болезни поджелудочной железы.

Болезни мочевыделительной системы:

— острый и хронический (обострение) гломерулонефрит;

— острая и хроническая почечная недостаточность;

— инфекция почек с почечной недостаточностью, стойкой гипертензией, инфекцией единственной почки;

— гидронефроз двусторонний, единственной почки, врожденный.

Гинекологические заболевания:

— свищи с вовлечением женских половых органов и состояния после операции по поводу их;

— пузырный занос, в т.ч. перенесенный ранее (не меньше 2 лет);

— поздний токсикоз беременных, развившийся после 20 нед беременности и не поддающийся лечению в стационаре;

— чрезмерная рвота беременных, не прекращающаяся при стационарном лечении;

— аномалии костного таза (практически исключающие возможность родов живым плодом через естественные родовые пути);

— врожденная аномалия матки, двойная матка, двурогая матка;

— рубец на матке от предшествующей операции (не менее года);

— хорионэпителиома.

Прочие:

— пузырчатка вульгарная;

— диффузная болезнь соединительной ткани;

— ревматоидный артрит и другие воспалительные артропатии;

— анкилозирующий спондилит;

— остеохондропатия;

— ампутация руки, кисти (всей или 4 пальцев);

— ампутация ноги, стопы (полная);

— повторные рождения детей с оральными челюстными аномалиями;

— рождение ранее ребенка с хромосомными аномалиями;

— доминантно наследуемые заболевания у одного из родителей с высокой степенью пенетрантности;

— гетерозиготное носительство у супругов по всем многогенным заболеваниям (нарушение аминокислотного, углеводного, гликолипидного, гликопротеинового обмена);

— рождение детей (ранее) с заболеваниями, наследуемыми сцепленно с полом (гемофилия, миопатия Дюшенна и др.);

— состояние после оперативного вмешательства, связанного с удалением жизненно важного органа (легкого или его доли, почки и др.);

— состояние физиологической незрелости организма женщины — несовершенство;

— состояние угасания функции репродуктивной системы женщины — возраст 45 лет и больше.

Немедицинские показания для прерывания беременности

1. Смерть мужа во время беременности.
2. Пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы.
3. Лишение прав материнства.
4. Многодетность (число детей свыше 5).
5. Развод во время беременности.

6. Беременность после изнасилования.

7. Инвалидность у ребенка.

При наличии у женщины оснований к прерыванию беременности немедицинского характера, не предусмотренных настоящей инструкцией, вопрос о прерывании беременности решается комиссией в индивидуальном порядке.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Комплекс гимнастических упражнений при —недержании мочи

1. Лечь на спину, руки вдоль туловища. Поочередно каждой ногой, сгибая ее в коленном и тазобедренном суставах, прикоснуться стопой одной ноги к бедру другой. Повторить 6—8 раз при среднем темпе и равномерных движениях.

2. Лечь на спину, руки вдоль туловища. Поочередно переносить выпрямленную правую ногу через левую, а левую через правую.

3. Лечь на живот, руки под голову. Поочередно поднимать выпрямленные правую и левую ноги с одновременным втягиванием заднего прохода. Темп медленный, дыхание ровное. Повторить 6—8 раз.

4. Лечь на спину, руки вдоль туловища. Сделать глубокий вдох, сильно выныривать при этом живот с одновременным втягиванием заднего прохода (30—40 раз). Темп медленный. Повторить 4—6 раз.

5. Стоя, ноги шире плеч, руки на бедрах. Согнуть правую ногу, перенести на нее тяжесть тела, то же при сгибании левой ноги. Темп медленный, дыхание ровное. Повторить 4—6 раз.

6. Стоя, ноги шире плеч, руки на поясе. Держась руками за спинку стула или кровати, приседание с широким разведением коленей. Темп медленный, дыхание ровное. Повторить 4—6 раз.

7. Втягивание (сжатие) заднего прохода по 30—40 раз на комплекс. Утром, днем и вечером.

8. «Ножницы» по горизонтали.

9. Лежа или сидя, сдерживая руками колени с внутренней стороны, с сопротивлением сводить и разводить бедра.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Основы рационального питания беременных

Рациональное питание — одно из основных условий благоприятного течения и исхода беременности, родов, развития плода и будущего ребенка. Оно играет существенную роль в профилактике анемии, токсикозов беременных, внутриутробной гипотрофии плода, аномалий родовой деятельности и других осложнений.

За время беременности прибавка массы тела женщины составляет от 8 до 11 кг. Большая еженедельная прибавка в первые и последние 3 мес может неблагоприятно сказываться на состоянии плода. В среднем во второй половине беременности прибавка не должна превышать 300—350 г в неделю. Следует учитывать, что прибавка массы тела у беременных происходит за счет плода (3,5 кг), массы матки и околоплодных вод (650—900 г), увеличения молочных желез (400 г), нарастания объема циркулирующей крови и межклеточной жидкости (1,2—1,8 кг) и лишь 1,6 кг — за счет жира и других запасов материнского организма [Бэбсон С.Г. и др., 1979].

Неотъемлемым условием рационального питания является соблюдение определенного режима питания, нарушение которого не только наносит вред организму матери, но и неблагоприятно влияет на развитие плода и новорожденного.

В первой половине беременности питание женщины не должно существенно отличаться от ее питания до беременности. Следует, однако, помнить, что в I триместре происходит закладка органов плода (период органогенеза), поэтому в это время особенно важным является достаточное поступление в организм беременной полноценных белков, витаминов, минеральных веществ.

Начиная с ранних сроков и в течение первой половины беременности для женщин низкого роста (длина тела 150 см) и с массой тела 50 кг калорийность суточного рациона должна соответствовать 2100—2300 ккал. Содержание белков в таком рационе составляет 90—100 г, жиров — 55—65 г, углеводов — 290—320 г. Рацион для женщин среднего роста (длина тела 155—165 см) с массой тела 55—60 кг должен содержать 2400—2700 ккал и состоять из 110 г белка, 75 г жиров и 350 г углеводов. Для беременных с более высоким ростом (длиной тела 170—175 см) суточный рацион должен включать 2700—2900 ккал и состоять из 120—125 г белков, 75—85 г жиров и 360—400 г углеводов.

В первой половине беременности физиологически наиболее рационален режим четырехразового питания: первый завтрак — 8.00—9.00; второй завтрак — 11.00—12.00; обед — 14.00—15.00; ужин — 18.00—19.00 и в 21.00 — стакан кефира.

Первый завтрак должен содержать около 30% калорийности суточного рациона, второй завтрак — 20%, обед — 40% всего рациона. Остальные 10% калорийности рациона остаются на ужин; после приема пищи отдых; отдых должен быть активным. Последний прием пищи — не позднее чем за 2—3 часа до сна.

Во 2-й половине беременности еще больше увеличивается потребность в белках. Поэтому у беременных с низким ростом калорийность суточного рациона должна составлять 2400—2600 ккал и содержать 100—110 г белков, 70—74 г жиров и 330—360 г углеводов. Количество белков в рационе беременных среднего роста и со средней массой тела увеличивают до 120 г, жиров — до 85 и углеводов — до 400 г; общая калорийность суточного рациона беременной в этот период должна быть увеличена до 2800—3000 ккал в сутки. Для беременных высокого роста калорийность суточного рациона должна составлять 3000—3300 ккал, содержание белков увеличивают до 120—140 г, жиров — до 85—100 г, углеводов — до 410—440 г.

Во 2-й половине беременности целесообразно принимать пищу 5—6 раз в день, причем максимальное количество — в первой половине дня. Завтрак должен составлять 30% калорийности суточного рациона, второй завтрак — 15%, обед — 40%, полдник — 5%, и ужин — 10%.

Между рекомендациями следует учитывать время года.

О правильном подборе пищевых продуктов в организации рационального питания можно судить и по прибавке массы тела; за этим следят и сама беременная, и врач, и акушерка.

Если беременная по каким-либо причинам соблюдает постельный режим, калорийность пищи снижают на 20—40%.

Ниже приведен примерный набор продуктов, рекомендуемых при составлении суточного рациона во второй половине нормальной беременности.

Хлеб пшеничный	100—120 г
ржаной	100—120 г
Молоко	500 мл
Масло сливочное	40 г
растительное	30 г
Яйцо	1 шт.
Сахар	30—40 г
Мясо или рыба	200 г
Фрукты свежие	150—200 г
сухие	50 г
Картофель	200 г
Другие овощи	400—500 г
Крупы	50 г
Мука	30 г

Существенный ингредиент рациона — белок — содержится в продуктах животного и растительного происхождения. Рекомендуется включать в рацион 50% белка животного происхождения (за счет мяса и рыбы — 25%, молока и молочных продуктов — 20%, яиц — 5%) и 50% — растительного происхождения (хлеб, крупы, овощи и др.).

Потребность в углеводах удовлетворяется за счет продуктов, богатых растительной клетчаткой (хлеб грубого помола, овощи, фрукты, ягоды), которые содержат также витамины, микроэлементы, минеральные соли.

Рекомендуется употребление растительных жиров (до 40% общего количества их) — подсолнечного, кукурузного, оливкового масла. Из животных жиров предпочтительно сливочное и топленое масло; не рекомендуются свиной, говяжий, бараний жир, маргарин.

Потребность в витаминах во время беременности возрастает примерно в 2 раза. Удовлетворяется эта потребность за счет употребления продуктов растительного и животного происхождения (мясо, рыба, яйца, крупы, картофель, бобовые, ягоды, фрукты, овощи, молоко, сливочное масло и др.). Зимой и весной назначают витаминные группы B, C, PP, A, D, E. Рекомендуется драже «Гендеват» — поливитаминный препарат, содержащий ретинол, тиамин хлорид, рибофлавин, пиридоксин, никотинамид, эргокальциферол, цианкобаламин, аскорбиновую кислоту, пантотенат кальция, токоферол, фолиевую кислоту в дозах, покрывающих потребности организма беременной и плода. Выпускаются также другие поливитаминные драже и таблетки. Витаминные препараты назначают при необходимости, поскольку их избыток, как и недостаток, вреден для матери и плода. Следует учитывать также возможность возникновения аллергических реакций.

С развитием беременности возрастает потребность организма матери и плода в минеральных солях (калий, кальций, фосфор и др.), потребность в них при правильном питании полностью удовлетворяется [Пап А.Г. и др., 1978]. Особенно важно, чтобы в пище было достаточное количество железа.

Во время беременности особенно полезны продукты, содержащие полноценные белки и незаменимые аминокислоты: молоко, кефир, творог, простокваша, отварное мясо и рыба, неострый сыр. Во второй половине беременности не рекомендуются блюда, содержащие экстрактивные вещества (бульоны, пряности, копчености).

Соленая и острая пища не рекомендуется (перец, горчица, уксус, хрен и другие пряные вещества). Алкогольные напитки запрещаются: алкоголь быстро переходит через плаценту и отрицательно воздействует на плод. Указанные ограничения в диете необходимы для предупреждения расстройств функций печени, почек и других органов, испытывающих во время беременности повышенную нагрузку.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Практические советы женщинам перед менопаузой

Что происходит?

Вы проснулись посреди ночи. Глубокое ощущение плохого общего самочувствия нарушило спокойствие вашего сна. Вы подумали в тот момент, что дело, видимо, в проблемах на работе или в семейных отношениях.

На самом же деле, причина в том, что какое-то время тому назад определенным образом изменилась ваша жизнь. Вы стали с беспокойством переживать все текущие заботы.

Чувство удовлетворения, которое вы ощущали при общении с друзьями, переросло в горечь и тоску.

Куда подевалась ваша уверенность в себе и профессиональный блеск в работе? Где ваша жизненная энергия и вкус к жизни?

Вы устаете, споря с мужем и детьми по малейшему поводу... В чем истоки такой неудовлетворенности? Кроме того, вы заметили, что месячные у вас бывают все с большими перерывами, тогда как ваша подруга сказала вам, что у нее они стали чаще и изменились. Почему бы вам не обратиться к вашему врачу?

Почему я?

Ваш врач объяснил, что у вас и у вашей подруги начинается менопауза... Теперь это касается только вас. Менопауза — это начало этапа, который будет продолжаться более трети вашей жизни.

Каковы ощущения во время менопаузы?

Как правило, у женщин во время менструаций точно указывает на начало менопаузы.

Циклы могут стать более длительными или более короткими. Менструации задерживаются или начинаются раньше, могут быть более обильными или более слабыми.

Ввиду изменения гормональных функций, происходящих за несколько лет до менопаузы, у некоторых женщин возникают различные неприятные ощущения: усталость, раздражительность, ночная потливость, нервозность, головные боли, ощущение напряжения в груди, сердцебиение, уменьшение полового желания, сухость во влагалище, боль во время полового сношения, частые позывы к мочеиспусканию. Эти изменения происходят ввиду понижения уровня эстрогенов. Многие женщины переживают их болезненно и эмоционально.

Каково влияние менопаузы на организм?

Такое влияние, конечно же, существует. Одно дело вести речь о непосредственных симптомах, описанных выше, другое — проследить за опасными изменениями, возникающими в организме и способными впоследствии проявиться в более или менее тяжелой форме.

Так, например, до менопаузы женщины меньше, чем мужчины, подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям. Начинается менопауза, и риск инфарктов и сердечных приступов увеличивается. Также отмечается изменение артериального давления и липидного обмена. Значительно возрастает заболеваемость остеопорозом, что обусловлено повышением продолжительности жизни. Эта болезнь сопровождается разрежением костной ткани, вследствие чего снижается прочность костей. Люди пожилого возраста более подвержены переломам, чем молодые. Остеопороз может также проявляться болями в костях и суставах.

Остеопороз делает кости более пористыми и более хрупкими. Сегодня можно с уверенностью сказать, что развитие этой болезни можно затормозить с помощью лечения эстрогенами.

Какова роль гормонов во время менопаузы?

Каждая женщина живет в этот период по-разному, хотя физиологические изменения у всех одинаковы: естественным образом изменяется гормональная деятельность, уменьшается активность яичников, прекращение менструаций подчеркивает тот факт, что организм производит все меньше гормонов. Эти изменения на первом этапе проявляются только посредством нерегулярной овуляции. Синтез эстрогенов и прогестерона уменьшается в первой половине цикла.

Менструация становятся нерегулярными. Вероятность беременности уменьшается. Между 40 и 50 годами овуляция становится все реже и неожиданной. В этот период в организме вырабатывается минимальное количество эстрогенов, прекращается продукция прогестерона и менструация полностью прекращаются.

С последней менструацией приходит менопауза. Критический возраст, также именуемый климаксом, включает 3 фазы: 1) пременопауза — несколько лет перед последней менструацией; 2) менопауза — период между последней менструацией и в продолжение 12 мес без менструаций и 3) постменопауза — весь период, следующий за последней менструацией.

Что такое заместительная гормональная терапия?

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) состоит в замене эстрогенов и прогестерона, которые уже не вырабатываются яичниками. Доказано, что гормональное лечение улучшает общее состояние и устраняет изменения, вызванные дефицитом гормонов. В целом большинство женщин сегодня гораздо легче переносят менопаузу, чем 10—15 лет назад. Они становятся более уверенными, активными, так как они лучше информированы.

У меня повышенное артериальное давление, а у моей подруги пониженное; верно ли действует ЗГТ?

В последнее время много сказано о побочных эффектах эстрогенов, но не говорится о многочисленных выгодах, которые дает их применение. Действительно, эстрогены могут сдерживать скачки давления и даже предупредить инфаркты и сердечные приступы. Эти болезни реже отмечаются у женщин, проводящих ЗГТ, предназначенную для того, чтобы восполнить недостаток эстрогенов. Недостаток эстрогенов в течение нескольких лет может повлечь за собой расстройство баланса липидов (жиров) в крови. Характерными признаками этого могут являться боли в груди, боли при ходьбе. Прием эстрогенов может восстановить равновесие липидов и послужить таким образом предотвращению артериосклероза. С другой стороны, дополнительное введение прогестерона и эстрогенов послужит устранению опасности возникновения рака эндометрия.

Подруга сказала мне, что у нее опять будут месячные.

Действительно, ЗГТ может вызвать кровотечение (месячные), появляющиеся во время перерыва в приеме лекарства. Это кровотечение, которое некоторые авторы называют «защитным», абсолютно нормальное и происходит оно из-за отхождения эндометрия внутренней стенки матки. Если вдруг на каком-то этапе приема лекарства она столкнется с аномальным или неожиданным кровотечением, необходимо обратиться к врачу.

Подруга поправляется, меня тоже ждет это?

Около половины женщин набирают вес во время менопаузы; что обычно вызывает вопрос: «Какова здесь роль гормонов?» Набор веса не может быть отнесен ни на счет нехватки гормонов, ни на счет гормонального лечения. Медицина еще не нашла окончательного ответа на этот вопрос. Причина может быть в питании продуктами, слишком богатыми жирами и высоким процентным содержанием гидрата углерода. Важную роль играет также недостаток физической активности. Важно поддерживать хорошую физическую форму, выбирая тот вид активности, которым вы можете заниматься с вашим мужем и детьми или вашими друзьями. Регулярные физические упражнения положительно влияют на тело и дух.

Как мне может помочь мой врач?

Одна из важнейших вещей, которую ваш врач может для вас сделать, — это выслушать вас внимательно. Постарайтесь объяснить ему вашим обычным языком ваши физические, психические и сексуальные проблемы. Выслушав вас, ваш врач ориентирует вас на решение этих проблем. Может быть, вы страдаете

от остеопороза или других органических проблем, а может быть, нет — врач назначит лечение в соответствии с потребностями вашего организма, либо сделает вывод, что вы не нуждаетесь ни в каком лечении. Лекарство, состоящее из эстрогена и прогестерона, которое прописал вам ваш врач, улучшит ваше общее состояние и решит проблемы, вызванные дефицитом гормонов. В то же время это лечение носит превентивный характер в части, касающейся воздействия на кости, кожу, сосуды и кровообращение.

Ясно одно: эстрогены не позволяют ни омолодиться, ни воспрепятствовать старению. Они также не решают конфликты. Но, если ваши проблемы будут уменьшены, вы будете чувствовать себя более уравновешенной и счастливой.

Что я могу сделать для себя?

Необходимо осознать себя саму. Ясный взгляд на вещи очень вам поможет. Заметив, что ваше тело понемногу изменяется, что на коже появляются морщины и она теряет свою упругость, что увеличивается вес тела, что то тут, то там появляются боли и что вы быстро устаете, вы, конечно, почувствуете некоторую меланхолию. Нельзя поддаваться этим чувствам и становиться жертвой своих эмоций. Не забывайте, что к оценке своего тела уже нельзя применять те же критерии, что 20 лет назад. Поняв это, вы сможете продолжать любить и иметь право на старение без поисков иллюзий вечной молодости и красоты. Как же действовать в этом плане? Питайтесь сбалансированно и не слишком богато. Откажитесь от избыточного употребления алкоголя и табака. Спите достаточно. Занимайтесь физическими упражнениями. Заботьтесь о себе, как вы того заслуживаете. Для вас важно оглянуться немного назад на свой собственный опыт и извлечь из него максимальную пользу, чтобы определить, что делать в дальнейшем.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
ГЛАВА 1. Акушерская и гинекологическая терминология (Ю. В. Целлев, Е. Ф. Кира, Д. И. Гайворонских, Е. И. Туманов)	7
Греко-латинские терминологические элементы	7
Анатомия половых органов женщины	20
Аномалии положения женских половых органов	23
Менструальная функция и ее расстройства	24
Гинекология	25
Воспалительные заболевания женских половых органов	25
Опухоли матки, яичников и другие заболевания	27
Методы исследования	29
Гинекологические операции	30
Акушерство	31
Беременность физиологическая	31
Патология беременности	32
Роды физиологические	33
Роды патологические	34
Послеродовой период	35
Аборт	36
Плод и новорожденный	37
Акушерские операции	39
Эпонимные симптомы и синдромы в акушерстве и гинекологии	40
Эпонимные симптомы в акушерстве	40
Эпонимные синдромы в акушерстве	46
Эпонимные симптомы в гинекологии	51
Эпонимные синдромы в гинекологии	54
Международная классификация болезней (заболеваний)	64
ГЛАВА 2. Синдромологическая диагностика в гинекологической и акушерской практике (В. Г. Скарцов, Е. Ф. Кира, Ю. В. Целлев, Д. И. Гайворонских)	121
Аменорея	122
Бели	131
Бесплодие	135
Боли тазовые у женщин	150
Воспалительные заболевания тазовых половых органов	153
Сальпингоофорит	153
Пиосальпинкс и tuboovarиальный абсцесс	156
Пельвиоперитонит	158
Острый перитонит	159
Параметрит	161
Эндометрит	163
Инфекционно-токсический шок	163
Острый бартолинит. Абсцесс большой железы преддверия влагалища	166
Новообразования	167
Цистаденома яичника	167
Аномалия яичника	169
Дисменорея	175
Заболевания и зуд вульвы	176
Кровотечения из половых органов	180
Кровотечения, возможные в любом периоде жизни	182
Острые кровотечения при злокачественных опухолях женских половых органов	182

Травматические повреждения половых путей	183
Кровотечения в период детства, полового созревания	184
Кровотечения при преждевременном половом развитии	184
Кровотечения, возникающие преимущественно в детородном периоде	185
Кровотечения, обусловленные беременностью	185
Самопроизвольное прерывание беременности (аборт)	185
Эктопическая беременность	187
Кровотечения при предлежании плаценты	189
Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты	191
Кровотечения при родовых травмах	193
Разрывы матки	193
Разрывы шейки матки	195
Кровотечения при трофобластической болезни (пузырный занос, хориокарцинома)	195
Пузырный занос	195
Хориокарцинома	196
Кровотечения в послеродовом периоде	197
Гипо- и атонические кровотечения в послеродовом периоде	199
Кровотечения, обусловленные коагулопатией	199
Геморрагический шок	202
Маточные кровотечения, не связанные с беременностью	204
Заболевания влагалища (грануляции, полипы, эндометриоз)	205
Заболевания шейки матки (эрозия, полипы, эктропион, эндометриоз)	206
Разрыв желтого тела или фолликулярной кисты	207
Кровотечения в дисменструальном периоде	208
Кровотечения при миоме матки, ее узлах (декубитальных язв)	208
Судороги у беременных (эклампсия)	208
Роды вне клиники	209
Аномалии положения и предлежания плода	212
Тазовое предлежание	212
Поперечное и косое положение плода	213
Асфиксия новорожденного, внутриутробная гипоксия плода	215
ГЛАВА 3. Фармакотерапия в акушерстве и гинекологии (В. В. Корхов, Е. Ф. Кира, Д. И. Гайворонских)	218
Рецептура основных лекарственных средств, используемых в акушерстве и гинекологии	218
Перечень препаратов по заболеваниям и синдромам	230
Болевой синдром	230
Лихорадка	232
Кровотечения	233
Лечение кровотечений в зависимости от возраста	238
Терапия синтетическими прогестинами в зависимости от характера эндометрия и возраста больной	239
Регулирующая циклическая терапия эстрогенами и прогестагенами	240
Рецидивирующие кровотечения при наличии фибромиомы и полипоза в анамнезе	240
Неспецифический вульвовагинит	241
Выделения из половых путей	242
Галакторея	244
Аменорея первичная	244
Дисменорея	245
Аменорея вторичная	246

Аменорея яичниковая	247
Аменорея психогенная	247
ГЛАВА 4. Фитотерапия в акушерстве и гинекологии (В. В. Корхов, Е. Ф. Кира)	248
Лекарственные растения и препараты из них	248
Сборы для регулирования менструаций	293
Сборы для стимулирования менструаций	295
Сборы, применяемые при обильных менструациях	295
Сборы, применяемые при белых	296
Витаминные сборы	297
Грудные сборы	298
Сборы, используемые при заболеваниях гортани и горла	299
Успокоительные сборы	300
Желчегонные сборы	300
Желудочные сборы	301
Мочегонные сборы	302
Лактогенные сборы	303
Противогеморройдальный сбор	303
ГЛАВА 5. Физioterapia и санаторно-курортное лечение в акушерстве и гинекологии (Г. Н. Пономаренко, А. В. Гурьев)	304
Искусственные физические факторы	304
Естественные физические факторы	309
Общие принципы физиотерапевтического лечения гинекологических заболеваний	313
Санаторно-курортное лечение гинекологических заболеваний	320
Комплексы физиотерапевтических и санаторно-курортных методов в акушерстве и гинекологии	321
Применение физических методов в профилактике, лечении и медицинской реабилитации заболеваний	326
Воспалительные заболевания придатков матки	326
Хронический сальпингооофорит с преобладанием инфекционно-токсического фактора	329
Хронический сальпингооофорит с преобладанием нейротрофических расстройств	331
Трубно-перитонеальное бесплодие. Спаечный процесс в области малого таза	332
Эндометрит	333
Миомы матки, генитальный эндометриоз	334
Использование физиотерапии при хирургическом лечении гинекологических больных	335
Нарушения менструального цикла	337
Климактерический синдром	338
Физиотерапевтические аспекты медицинской реабилитации гинекологических заболеваний	338
Приложения	341
Приложение 1. Нормальные показатели некоторых клинико-лабораторных исследований	341
Приложение 2. Длительность и частота диспансерного наблюдения за гинекологическими больными	348
Приложение 3. Некоторые вопросы контрацепции	355
Приложение 4. Медицинские показания для прерывания беременности	361
Немедицинские показания для прерывания беременности	363
Приложение 5. Комплекс гимнастических упражнений при недержании мочи	364
Приложение 6. Основы рационального питания беременных	364

Приложение 7. Практические советы женщинам перед менопаузой	367
Предметный указатель	373

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Симптомы

- Альфельда 40
- Альфельда II 40
- Альфельда III 40
- Аппендикулярно-генитальный 55
- Ариас-Стеллы 40
- Арну 40
- Бандля см. с. Фроммеля
- Беклара 40
- Бензадона 51
- Блексленда 51
- Блюмера 51
- Болта 52
- Браун-Фервальда 41
- Вастена 41
- Волковича 41
- Вредена 41
- Гаусса 41
- Гегара (Хегара) — Горста 41
- Гентера 41
- Гентера II 41
- Гентера III 42
- Голдена 52
- Гроссе 42
- Губарева 42
- Гуделла 42
- Гурвича 42
- Данфорга 52
- Джюта см. с. Хованса
- Дикенсона 42
- Довженко 42
- Дольфа 42
- Дугласа 52
- Дуэя 52
- Дюшонтрена 52
- Жакемье 42
- Жандривского 52
- Зельгейма 52
- Каллена 52
- Кальмана см. с. Микулича
- Кантера 42
- Кера 53
- Клейна 43
- Кушталова 53
- Кюстнера 53
- Ладвисского 43
- Ланду 53
- Лаффона 53
- Ленне 43
- Майера 43
- Мак-Клинтока 43
- Малера 43
- Микулича — Кальмана 43
- Михельсона 43
- Молла 43
- Ноубла 43
- Ольсхлузена 53
- Опюкина 44
- Осандера 44
- Пискичека 44
- Поснера 53
- Промптова 53
- Раши 44
- Рейсснера 44
- Ри 53
- Римана 44
- Руста 44
- Салтера 53
- Снегирева 44
- Своу 54
- Слека 54
- Стеллы см. с. Ариаса
- Салмена 54
- Тарнье 44
- Фервальда см. с. Брауна
- Франка 44
- Фроммеля — Бандля 44
- Хальбана 45
- Хене 45
- Хикса 45
- Хованса — Джюта 54
- Хольцапфеля 45
- Хофштеттера — Каллена — Хеллендала см. с. Каллена 45, 52
- Хробака 54
- Чукалова 45
- Шосье 45
- Шнитцельберга 54
- Штрассмана 45
- Элекара 54

Синдром

- Аллена — Мастерса 54
- Альвареса 55
- АНОР (ОГОП) 60
- Андерсона — Нови 46

- Апельта — Геркена — Ленца 46
 —Ашара — Тьера 55
 —Ашермана 55
 —Бара 46
 —Бара — Мадваферри — Мэларкея 55
 —Беллентайна — Рунге 46
 —Бехчета 56
 —Бирна — Кункеля 56
 —Брентано 46
 —Ван Вика — Грамбаха 56
 —Вегелина см. с. Фромана 63
 —Видемана 47
 —Виленского 56
 —Гарднера 57
 —Геркена см. с. Апельта 46
 —Грамбаха см. с. Ван Вика 56
 —Дальсаса — Неттера — Мюссе 57
 —Деркума 57
 —Джербази 47
 —Дюрана — Никола — Фавра 57
 —Иценко — Кушинга 58
 —Карни 48
 —дель Кастильо см. с. Фумады 63
 —Керера 58
 —Клари — Фроммеля 51
 —Клотца 58
 —Колка 59
 —Комли 48
 —Кувале 48
 —Кувалера 48
 —Купера 59
 —Кункеля см. с. Бирна 56
 —Куцнуса 59
 —Кушинга см. с. Иценко 58
 —Кюстера см. с. Майера 59
 —де Ле 49
 —Левентала см. с. Штейна 64
 —Лендорфа 49
 —Ленца см. с. Апельта 46
 —Линневе 49
 —Мадваферри см. с. Бара 55
 —Майера — Рокитанского — Кюстера 59
 —Майкити см. с. Уилсона 50
 —Мараньона 60
 —Мастерса см. с. Аллена 54
 —Мейгса 60
 —Минора — Оппенгейма 60
 —Мэларкея см. с. Дальсаса 57
 —Неттера см. с. Дальсаса 57
 —Николя см. с. Дюрана 57
 —Нови см. с. Андерсона 46
 —Оппенгейма см. с. Минора 60
 —Ормонда 60
 —Пфанненштиля 49
 —Расина 61
 —Ретада 61
 —Реклю 61
 —Рокитанского см. с. Майера 59
 —Рунге см. с. Беллентайна 46
 —Селье 61
 —Суайра 62
 —Тейлора 62
 —Тернера см. с. Шерешевского 63
 —Томазелли 50
 —Тьера см. с. Ашара 55
 —Уиллаз 50
 —Уилсона — Майкити 50
 —Фавра см. с. Дюрана 57
 —Фитц 62
 —Фитц — Хью 62
 —Фромана — Вегелина 63
 —Фроммеля см. с. Клари 51
 —Фумады — дель Кастильо 63
 —Хакстхаузена 63
 —Хальбрехта 50
 —Хеммена 50
 —Хью см. с. Фитц 62
 —Шелдона 51
 —Шерешевского — Тернера 63
 —Штейделе 51
 —Штейна — Левентала 64
 —Юсефа 64

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- Аборт (самопроизвольное прерывание беременности) 185
 Абсцесс большой железы преддверия влагалища 166
 —тубооварияльный 156
 Аменорея 122
 —вторичная 122, 128, 129
 —конституциональная 122
 —ложная 122
 —первичная 122, 127, 129
 —физиологическая 122
 Анолексия яичника 169
 Асфиксия, внутритрубная гипоксия 215
 Бартолинит острый 166
 Белл 131
 Беременность эктопическая 187
 Бесплодие 135

- абсолютное 136
- вторичное 135
- первичное 135
- тубное или перитонеальное 136, 142
- эндокринное 136, 145
- Боли тазовые у женщин 150
- Влагалища заболевания (грануляции, полипы, эндометриоз) 205
- Дисменорея 175
- Зуд вульвы 176
- Крауроз 176
- Кровотечения 180
 - в послеродовом периоде 197
 - не связанные с беременностью 204
 - обусловленные коагулопатией 199
 - острые при злокачественных опухолях 182
 - выпадении половых органов (декубитальных язвах) 208
 - травматические повреждения половых путей 183
 - преждевременном половом развитии 184
 - предлежании плаценты 189
 - преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты 191
- родовых травмах 193
- трофобластической болезни 195
- Лейкоплакия 176
- Лейкорей 176
- Параметрит 161
- Пиосальпинкс 156
- Пельвиоперитонит 158
- Перитонит острый 159
- Поперечное и косое положение плода 213
 - Разрыв желтого тела или фолликулярной кисты 207
 - Разрывы шейки матки 195
 - Роды вне клиники 209
 - Сальпингоофорит 153
 - Судороги у беременных (эклампсия) 208
 - Тазовое предлежание плода 212
 - Хориокарцинома 196
 - Цистаденома яичника 167
 - перекрут ножки 168
 - разрыв капсулы 168
 - Шок геморрагический 202
 - инфекционно-токсический 163
 - Шейки матки заболевания (эрозия, полипы, эктропион, эндометриоз) 206
 - Экстремитет 163

Практический справочник акушера-гинеколога

Редактор Ю. Н. Пахомов
Художник В. И. Кюннан
Корректор А. Ф. Лукичева

Сдано в набор 6.10.94. Подписано в печать 20.12.94. Формат 60×88 1/16. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Усл.п.л. 23,5. Уч.-изд.л. 24,0. Тираж 15 000 экз. Заказ № 270.

Издательский отдел НТФ «Стройлеспечать», 198216, Санкт-Петербург, в. к. 55.

АООТ «Типография „Горизонт“», 191126, С.-Петербург, Сметовая ул., 14.

akusher-lib.ru