**План реферата**

1. Введение
2. Фундаментальные аспекты реабилитации при операционных вмешательствах
3. Реабилитация после аборта
4. **Психологическая реабилитация после гистерэктомии**
5. Восстановление менструальной функции
6. Использование физиотерапии в комплексе реабилитационных мероприятий
7. Лечебная физкультура в гинекологии
8. Использованные источники информации

**Введение**

Само слово «гинекология», в переводе с греческого, означает «наука о женщине». За этим красивым выражением скрывается изучение и лечение всевозможных заболеваний и патологий женских половых органов. Гинекология имеет дело с такими видами  женских болезней, как разнообразные воспаления органов малого таза, эрозия шейки матки, полипы, кисты и опухоли матки, эндометриоз и другие.

Современные тенденции в лечении таких заболеваний и патологий подразумевают ненасильственное, деликатное вмешательство, позволяющее обходиться без хирургического или медикаментозного лечения. Благодаря методам восстановительной терапии, происходит естественная регенерация тканей и органов, стихают воспалительные процессы, органы женской половой сферы возвращаются к нормальному функционированию.

Один из примеров эффективных методов гинекологической реабилитации – гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками). Эта древняя методика позволяет вылечить или облегчить течение множества гинекологических заболеваний с очень высокой вероятностью улучшения состояния пациентки, до полного выздоровления. Целебный секрет желез пиявки и оказываемое ей мощное положительное воздействие на организм в целом, и на систему кровообращения, в частности, нормализуют работу органов малого таза настолько эффективно, что в ряде случаев позволяют избежать операций.

Среди прочих методов восстановительного лечения в гинекологии используются различные виды целебных ванн и орошений, физиотерапия и рефлексотерапия, лечение сборами лекарственных трав, массаж и прочие. Все они позволяют быстро, мягко, эффективно улучшить состояние больной и с большой долей вероятности излечиться даже от сложных заболеваний.

Хирургическое лечение может повлечь за собой осложнения как местного, так и общего характера. Поэтому необходима система мероприятий в предоперационном и послеоперационном периодах для максимальной эффективности оперативных вмешательств. Общепризнанна важная роль в этом ЛФК.

**Фундаментальные аспекты реабилитации при операционных вмешательствах**

В предоперационном периоде при плановых операциях лечебную гимнастику применяют в целях общего укрепления организма, обучают упражнениям, необходимым после операции для развития правильного дыхания (грудного, диафрагмального и полного), сочетают дыхание с физическими упражнениями (повороты на бок, поднимание таза).

В раннем послеоперационном периоде, наступающем сразу после операции и продолжающемся до разрешения встать с постели, применяют упражнения, которым обучили до операции. Исходное положение — лежа на спине, полусидя, сидя на кровати. Элементарные физические упражнения сочетают с дыхательными. На 2-й день присоединяют специальные упражнения, повороты туловища, присаживание.

В позднем послеоперационном периоде (от момента подъема на ноги до выписки из стационара) занятия лечебную гимнастику проводят в палате и в гимнастическом зале малогрупповым методом.

Применяют общеукрепляющие, дыхательные упражнения; для растягивания послеоперационного рубца, подвижные игры.

В отдаленном послеоперационном периоде, наступающем после выписки из стационара, ЛФК продолжают дома, в поликлинике или санатории. Включают упражнения с предметами на снарядах; увеличивают и разнообразят нагрузку упражнениями с сопротивлением, отягощением элементами спортивных игр.

**Реабилитация после аборта**

Реабилитация после аборта включает в себя комплекс мероприятий, направленных на профилактику осложнений и отдаленных последствий, и предполагает применение комбинированных эстроген-гестагенных контрацептивов, антибактериальных препаратов коротким курсом, антистресс-витаминов.   
При стрессе, каковым является аборт для организма, происходит нарушение регуляции овариально-менструальной функции. Вследствие напряжения всех систем адаптации множество клеток паравентрикулярных ядер гипоталамуса находятся в состоянии возбуждения, в гипофизе усиливается синтез гонадотропинов, нарушается соотношение фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (ФСГ и ЛГ). Вместо почасового выброса ЛГ наблюдается монотонное повышенное его выделение, яичники увеличиваются, они выделяют эстрогены, надпочечники - глюкокортикостероиды. Эти изменения носят функциональный характер и обратимы.   
Затем развивается анатомическая фаза нарушения овариально-менструальной функции. Как вариант предболезни рассматривается гипертекозный яичник (вследствие стимуляции его ЛГ). При отсутствии коррекции данного состояния в дальнейшем возможны следующие варианты патологии:

* недостаточность лютеиновой фазы;
* вторичные поликистозные яичники;
* гиперплазия эндометрия;
* миома матки;
* текоматоз в яичниках;
* текома в зрелом возрасте;
* пролактинома;
* синдром Иценко - Кушинга;
* болезнь Иценко - Кушинга.

Учитывая различные звенья патогенеза осложнений и последствий аборта, в комплекс реабилитационных мероприятий рекомендуется включать комбинированные эстроген-гестагенные гормональные контрацептивы, которые угнетают выработку гонадотропных рилизинг-гормонов и гонадотропинов гипоталамусом и гипофизом, что создает в организме искусственный цикл с базальными значениями собственных эстрогенов и прогестерона без флуктуации, что напоминает фон ранних сроков беременности. Таким образом, организм женщины после начала использования гормональных контрацептивов легче переносит послеабортный "гормональный" стресс.   
Помимо профилактики нейроэндокринных нарушений применение оральной контрацепции значительно уменьшает риск развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов после аборта за счет следующих механизмов:

1. При применении противозачаточных средств уменьшается среднее количество ежемесячно теряемой менструальной крови (менструальные выделения, как известно, являются прекрасной средой для размножения возбудителей воспалительных заболеваний половых органов).
2. Происходит изменение цервикальной слизи в виде ее уплотнения, что препятствует проникновению сперматозоидов и, таким образом, восходящих потенциальных патогенных возбудителей инфекционных заболеваний в полость матки.
3. Применение противозачаточных оральных препаратов ведет к меньшему расширению цервикального канала, в основном за счет уменьшения количества цервикального секрета и объема менструальной кровопотери.
4. При применении комбинированных противозачаточных таблеток уменьшается интенсивность маточных сокращений, что приводит к уменьшению риска распространения воспалительного процесса из маточной полости в фаллопиевы трубы.

Уплотнение цервикальной слизи, связанное с влиянием прогестагенного компонента комбинированных оральных контрацептивов (КОК), снижает риск развития острых бактериальных заболеваний органов малого таза на 50 проц. Однако воздействие на цервикальную слизь держится недолго, поэтому защитное действие в отношении воспалительных заболеваний органов малого таза заканчивается вместе с прекращением приема КОК.   
Внематочная беременность до сих пор остается одной из причин материнской смертности. Использование КОК ведет к снижению риска развития этого состояния на 90 проц. по сравнению с женщинами, не использующими контрацептивных средств.

Учитывая, что КОК за счет эстрогенного компонента повышают свертываемость крови, а в течение первого месяца после аборта наблюдается патологическая гиперкоагуляция, рекомендуется применение низкодозированных препаратов, с малым содержанием эстрогенного компонента - не более 35 мкг этинилэстрадиола. Можно использовать как монофазные (микрогинон, фемоден, диане-35, мерсилон, ригевидон), так и трехфазные КОК (тризистон, триквилар, трирегол). Трехфазные КОК имеют ряд преимуществ перед монофазными, поэтому их применение более показано с целью послеабортной реабилитации. Трехфазные в отличие от монофазных КОК подавляют лишь пиковые выбросы ФСГ и ЛГ, значительное подавление синтеза ФСГ и ЛГ происходит только после длительного их применения (см. табл.).

| **Действие комбинированных оральных контрацептивов** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Монофазные:** | | | **Трехфазные:** | | | |
| **диане -35** | **фемоден** | **микрогинон** | **тризистон** | **триквилар** | **милване** | **фева** |
| - антигонадотропное действие | | | - подавление синтеза ФСГ и ЛГ только при длительном применении | | | |
| - подавление циклической секреции ФСГ и ЛГ блок пиковых выбросов ановуляторные циклы | | | - подавление лишь пиковых выбросов ФСГ и ЛГ | | | |
| - яичники уменьшаются в размерах, содержат большое количество атретических фолликулов | | | - трехфазный режим цикличности (в отличие от монофазного, где имеет место монотонное выделение эстрогенов и прогестерона на низком уровне без цикличности) | | | |
| - в эндометрии - регрессия пролиферации, ранняя секреторная трансформация (но неполноценная, количество желез уменьшено, к 25-му дню их инволюция до атрофии) | | | - более выраженная секреторная трансформация эндометрия и полноценная пролиферация | | | |

При использовании трехфазных КОК происходят более полноценная трансформация эндометрия развитие спиральных артерий в отличие от монофазных препаратов, что и определяет более низкий процент нарушений менструального цикла и благоприятно влияет на регенерацию эндометрия после аборта. Кроме того, прием трехфазных гормональных контрацептивов сопровождается изменениями в содержании эстрогенов и гестагенов в крови, характерными для нормального менструального цикла, что позволяет в большинстве случаев уменьшить (по сравнению с моно- и двухфазными ОК) общую дозу гестагенов, принимаемых за один цикл и, следовательно, улучшить влияние препаратов на метаболические процессы.

При необходимости контрацепции после аборта первую таблетку КОК рекомендуется принимать на позднее первого дня после операции, ее контрацептивная защита в данном случае наступает сразу же, и тогда никаких дополнительных средств не требуется. Если первая таблетка принята не позднее 5-го дня от момента операции, контрацептивная защита появляется не сразу и женщине необходимо 7 дней предохраняться от беременности дополнительными методами.

Учитывая, что у здоровых рожавших женщин нейроэндокринные нарушения после аборта нормализуются в течение 3-4 месяцев, КОК следует принимать после аборта на протяжении не менее трех менструальных циклов. При необходимости дальнейшей контрацепции и хорошей переносимости препарата гормональные таблетки можно принимать и далее.   
При противопоказаниях к КОК рекомендуется прием мини-пили (микролют, примолют-нор, экслютон). Начинать принимать их рекомендуется в день операции или на следующий день.

С целью профилактики септических осложнений после аборта рекомендуется антибактериальная терапия коротким курсом (не более 7 дней). Как правило, используется антибиотик широкого спектра действия. Можно использовать группу аминогликозидов - гентамицин в средних терапевтических дозах в течение 7 дней, нетромицин - новый полусинтетический пролонгированный аминогликозид, выпускающийся в виде раствора во флаконах, содержащих по 0,05, 0,15 и 0,2 г действующего вещества. Для послеабортной реабилитации достаточно однократного внутримышечного введения суточной дозы нетромицина 150-400 мг (2-4 мл) или 3 мг/кг в обе ягодицы. При развитии после аборта септических осложнений можно продлить курс лечения до 7-10 дней. Нетромицин обладает широким спектром действия и эффективен при устойчивости к другим аминогликозидам.

Учитывая механизмы адаптации организма при стрессе, в комплекс послеабортной реабилитации необходимо включать антистрессовые витамины, пищевые добавки.

Оптимальным является выбор антистресс-витаминов, содержащих антиоксиданты (компливит и др.), которые корригируют изменения гемостаза, наблюдающиеся после аборта и при использовании эстроген-гестагенных контрацептивов. Длительность витаминотерапии 1-3 месяца в зависимости от препарата.   
Проведение вышеуказанных реабилитационных мероприятий рекомендуется не только после аборта, но и после других манипуляций в полости матки (диагностическое выскабливание и др.).

Такая реабилитация предупреждает осложнения и последствия аборта и обеспечивает практически 100-проц. контрацепцию, снижает число повторных абортов, тем самым улучшает репродуктивное здоровье населения.

**Психологическая реабилитация после гистерэктомии**

Психологическое состояние после гистерэктомии – целый комплекс симптомов, возникающий у женщин, перенесших операцию удаления матки.  
Если после удаления яичников выпадает целое звено из гормональной цепи, то при удалении только матки гормональная функция яичников сохраняется. Симптомы, связанные с дефицитом эстрогенов (приливы, потливость), не наблюдается до наступления возраста предполагаемой естественной менопаузы.   
Тем не менее, у женщин после операции появляется депрессивная симптоматика с тревогой и страхом перед будущим и за свое здоровье, неуверенностью в себе и сомнениями в своих «женских» возможностях. Само оперативное вмешательство представляет собой психологическую травму, несмотря на тот факт, что у женщин, перенесших гистерэктомию, но с сохранными яичниками, обычно выражен предменструальный синдром. Причем после операции циклические колебания состояния, несмотря на отсутствие менструаций, часто становятся более выраженными и продолжаются до возраста предполагаемой менопаузы.  
Часто в процессе тотальной гистерэктомии удаляются также яичники. В этом случае наступает так называемая «хирургическая менопауза». Проявляются симптомы эстрогенной недостаточности – приливы, необоснованная тревожность, внезапная раздражительность. Многими авторами рекомендуется эстрогензамещающая терапия.  
Удаление матки никоим образом не сказывается на сексуальности женщины. Нет никаких причин для внезапного набора лишнего веса и потери привлекательности. Потеря влечения и депрессия обусловлены чисто психологическими последствиями вмешательства.  
Отмечается снижение сексуального влечения у женщин, подвергшихся одновременному удалению яичников вместе с маткой. Большая часть тестостерона, наиболее активного из андрогенов, образуется у женщин в яичниках. Поэтому их удаление влечет за собой падение уровня тестостерона, результатом чего является потеря сексуального влечения.  
В этом случае рекомендуется гормонозаместительная терапия, в дополнение к эстрогензамещающей, показанной женщинам в период менопаузы. Небольшие дозы тестостерона призваны поддержать на должном уровне, как сексуальное влечение, так и общее ощущение благополучия.

**Восстановление менструальной функции**

Одной из частых проблем пациенток с заболеваниями половой сферы сегодня являются нарушения менструальной функции. Эти нарушения классифицируются следующим образом: аменорея (полное отсутствие менструаций), олигоменорея (редкие менструации, интервал более 35 дней), полименорея (частые менструации, интервал менее 21 дня), а также меноррагия и метроррагия (маточные кровотечения длительностью более 7 дней).

Наиболее частыми причинами нарушений менструальной функции являются гиперпролактинемия – повышение уровня пролактина в крови, осложнения некоторых нейроэндокринных заболеваний, воспалительные заболевания органов малого таза, особенно хронические, и т.д.

Сегодня общепризнанно, что при восстановлении менструальной функции чисто медикаментозное лечение малоэффективно. В лечении таких больных большую роль играет реабилитационная медицина. Для того чтобы получить устойчивый положительный эффект необходимо применяются такие методы как физиотерапия, бальнеотерапия, гирудотерапия, методы специальной лечебной физкультуры, одновременно используя комплексную терапию для поддержания неспецифического иммунитета. Показано также применение «традиционных» средств коррекции нарушений нервной и эндокринной систем организма, вторично вовлеченных в патологический процесс. Все эти методы, благодаря своему «естественному» механизму действия, влияют мягко и ненасильственно. В частности, гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками), нормализует кровообращение; грязелечение, целебные гинекологические ванны и орошения снимают воспаление и балансируют обмен веществ в клетках, а физиотерапия, лечебный массаж и физкультура активизируют процессы регенерации и приводят ткани в тонус. Только в этих условиях комплексного восстановления к пациенткам с большой долей вероятности возвращаются менструальная и детородная функции, нормализуется их состояние здоровья.

**Использование физиотерапии в комплексе реабилитационных мероприятий**

Сегодня фармакологический рынок предлагает огромное количество препаратов для лечения различных гинекологических заболеваний. Однако, кроме побочных эффектов, которые есть у подавляющего большинства лекарств, возникают и проблемы другого характера. Например, при ряде хронических заболеваний женской половой сферы приток крови к органам малого таза может быть затруднен в связи с изменениями тканей и сосудов. Лечение только медикаментами в этом случае малоэффективно, так как действующее вещество с током крови не поступает в должном объеме к органу или ткани, оказывая при этом общее, часто - негативное влияние на организм женщины в целом. В этом случае на помощь приходит физиотерапия. Комплексный подход к лечению заболевания позволяет добиться улучшения состояния и качества жизни женщины при минимальной лекарственной нагрузке.

Физиотерапия (применение физических факторов) традиционно является важной составляющей в профилактике и лечении акушерских и гинекологических заболеваний. Физические факторы могут быть основным или вспомогательным методом в комплексе лечебных мероприятий, включающих лекарственную терапию, операции, лечебную гимнастику, диетическое питание и т.д.

Многообразные физические факторы, используемые в гинекологии, можно объединить в следующие основные группы:

* **Естественные природные факторы** (водо- и грязелечение), которые можно воспроизвести в большинстве случаев в искусственных условиях в специализированных медицинских учреждениях и SPA-салонах.
* **Искусственные (аппаратные) факторы**, которые можно строго дозировать для оптимального воздействия на каждую пациентку. Эффекты физиотерапии основаны на том, что поглощенная живыми тканями физическая (электрическая, лучевая, магнитная и др.) энергия преобразуются в биологические реакции. Конечный результат лечения зависит от конкретного фактора, количества и разовой дозы полученных процедур. Оптимальный эффект применения физиотерапии наступает при проведении не однократного воздействия, а нескольких процедур (курса лечения).
* **Ручной гинекологический массаж**.

При некоторых болезнях физиотерапия часто является единственным методом лечения. Например, хроническая тазовая боль как следствие спаечного процесса (формирования соединительнотканных перегородок в полости малого таза, результатом которых являются периодически появляющиеся боли внизу живота) и невралгия тазовых нервов изматывают пациенток физически и морально, нарушая нормальный образ жизни и гармонию сексуальных отношений. Проведенное после различных оперативных вмешательств физиотерапевтическое лечение не только способствует сокращению послеоперационного периода, но и препятствует образованию спаек. Последний факт особенно значим для женщин с бесплодием, по поводу которого и производится обычно операция. После искусственного аборта, выскабливания полости матки физиотерапия способствует восстановлению поврежденной слизистой матки (эндометрия), что очень важно сразу после операции. Таким образом, при проведении физиотерапевтического лечения наблюдается целый ряд положительных эффектов:

* сокращение сроков лечения;
* профилактика осложнений и рецидивов;
* отсутствие побочных эффектов, свойственных медикаментозному лечению;
* снижение лекарственной нагрузки или, в некоторых случаях, отказ от них.

**Выбор методики**

После обследования и установки диагноза заболевания, лечение которого требует назначения физиотерапии, необходимо индивидуально подобрать методику проведения процедур. Многочисленные методики могут быть внеполостными, т.е. наружными с воздействием на определенных участках кожи (элементы физиотерапевтических приборов накладывают на низ живота) или внутриполостными (элементы приборов вводят во влагилище или в прямую кишку). Иногда их сочетают друг с другом. Внутриполостные методики в гинекологии, как правило, более эффективны, чем внеполостные процедуры.

При гинекологических заболеваниях существенную роль играет выбор дня менструального цикла для начала курса физиотерапии. Совпадение во времени начала процедур с преовуляторным периодом (10-12-й день менструального цикла) или овуляцией, второй фазой менструального цикла, часто сопровождается различными местными и общими нежелательными реакциями (болевые ощущения, нарушение ритма менструаций и т.д.). Таким образом, при отсутствии срочных показаний оптимальный срок начала курса физиотерапии гинекологических заболеваний - это 5-7-й день менструального цикла, т.е. сразу после окончания менструации.

Возможно проведение интенсивного курса лечения, заключающегося в проведении 3 процедур в день, на базе специализированных отделений, где совместно работают физиотерапевты и акушеры-гинекологи, что позволяет непосредственно осуществлять динамический контроль за состоянием каждой конкретной пациентки не только со стороны физиотерапевта, но и врача акушера-гинеколога.

Выбор действующего начала, как и при назначении лекарственной терапии, делается на основании диагноза, возраста, гормонального фона, наличия противопоказаний к определенным физическим факторам, индивидуальной переносимости процедур и тех конкретных задач, которые стоят перед врачом в отношении сохранения и восстановления репродуктивной функции данной женщины в будущем. Конечно, программа лечения пациентки позднего репродуктивного возраста, которая не планирует беременность, и молодой женщины, получающей процедуры после прерывания беременности, будут существенно отличаться.

Наиболее часто используются сегодня в гинекологии следующие аппаратные физические факторы:

* **Применение электрического и магнитного поля.** Действующим фактором электромагнитного поля может быть преимущественно его электрическая или магнитная составляющая. Магнитотерапия характеризуется в основном противовоспалительным эффектом, который связан с противоотечным действием фактора. Это позволяет широко использовать магнитное поле в гинекологии в раннем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств.
* **Электротерапия (использование электрического тока).** Возможно использование различных токов (гальванизация, лекарственный электрофорез, интерференцтерапия, электростимуляция и др.). Лечение токами снимает спазм сосудов и гладкой мускулатуры, что способствует улучшению кровоснабжения тканей, оказывает обезболивающий эффект.
* **Действие факторов механической природы (ультразвуковая терапия).** Ультразвуковые воздействия осуществляют своеобразный микромассаж клеток и тканей, сопровождающийся появлением тепла, и обеспечивают обезболивающий эффект, «размягчение спаек», улучшение кровоснабжения тканей и повышают гормональную активность яичников.
* **Фототерапия.** Лечение светом – использование ультрафиолетовых (УФ-лучи), инфракрасных и видимых лучей. Коротковолновые УФ-лучи, например, при прямом попадании на патогенные микроорганизмы, находящиеся непосредственно на коже или слизистой оболочке, вызывают выраженный бактерицидный эффект и применяются в лечении воспаления слизистой наружных половых органов и влагалища. К фототерапии относится и применение лазерного излучения. Низкоинтенсивное лазерное излучение включают в комплекс лечения эндоцервицитов (воспаления канала шейки матки), кольпитов (воспаление слизистой влагалища) и воспалительных заболеваний органов малого таза.
* **Ручной массаж.** Воздействие на рецепторы кожи живота, промежности и наружных половых органов, сосудов внутренних органов, матки, мочевого пузыря и прямой кишки позволяет добиться уменьшения или полного исчезновения болевого синдрома.

Гинекологический массаж вызывает заметные изменения в крово- и лимфообращении в матке, соседних органах и тканях области таза и даже всей брюшной полости. В целом улучшается циркуляция крови в органах и тканях. При массаже улучшается артериальное кровообращение, что ведет к уменьшению венозного застоя и повышению обмена веществ.

Ускорение лимфо- и кровообращения в зоне действия массажа, а вместе с этим во всей сосудистой системе, является важным лечебным фактором при инфантилизме, застойных явлениях, неправильных положениях органа и хронических воспалениях. Под влиянием гинекологического массажа улучшается функция кишечника.

Благодаря массажу происходит укрепление связочно-мышечного аппарата матки, мышц тазового дна.

Массаж производится при наличии воспалительных спаек и сращений, для растяжения соединительнотканных, рубцовых сращений, тяжей, спаек, перепонок между органами и стенками таза, оставшихся после воспалительных процессов в клетчатке и брюшине.

Гинекологический массаж опосредованно, через улучшение кровообращения и усиление обмена веществ, оказывает положительное влияние на состояние яичников, на менструальную функцию.

Отдельно следует сказать о противопоказаниях к физиотерапии в гинекологии. Теплообразующие процедуры, в частности, противопоказаны при эндометриозе и миоме матки. Но сегодня существуют физиотерапевтические методы, которые можно применять при этих заболеваниях (например, интеренференционные токи). Важным постулатом для каждого врача является принцип «не навреди», поэтому лечение таких пациенток требует особой тщательности и индивидуального подхода.

**В каких случаях назначают физиотерапию?**

Спектр гинекологических заболеваний, требующих курса физиотерапии, очень широк. Эти методы давно используются для лечения хронических заболеваний органов малого таза (хроническое воспаление придатков матки) и бесплодия. Применение противовоспалительных процедур непосредственно после операции улучшает течение послеоперационного периода и препятствует образованию спаек. На втором этапе, в следующем менструальном цикле, желательно проведение полноценного курса с использованием факторов, восстанавливающих функциональную полноценность маточных труб.

Большое значение имеет и реабилитация женщин после искусственного аборта, самопроизвольного выкидыша или операции выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности. Неизбежная травматизация слизистой матки при этих состояниях по-разному может сказаться на их репродуктивной функции в будущем. Многочисленные исследования показали, что у подавляющего большинства женщин, перенесших искусственный или самопроизвольный аборт, нарушения менструального цикла и другие проблемы в половой сфере развиваются не сразу, а спустя несколько лет после перенесенного вмешательства. Именно поэтому большое значение имеет восстановительное лечение. Комплексные программы, основным компонентом которых является физиотерапия, наряду с медикаментозной терапией и оральной контрацепцией, направлены именно на предотвращение бесплодия, нарушений менструальной функции и репродуктивных потерь при последующих беременностях.

В лечении гинекологических заболеваний широко используется лазерная терапия. Низкоинтенсивное лазерное излучение дает выраженный противовоспалительный, заживляющий эффект при лечении воспалительных процессов в матке, придатках матки, экзо- и эндоцервицитов (воспаление канала шейки матки) и др.

В последнее время много внимания уделяется лечению маточных факторов бесплодия. Перенесенные в прошлом воспаления слизистой матки (эндометриты) могут привести к функциональной ее неполноценности. При этом либо оплодотворенная яйцеклетка не может внедриться в эндометрий, либо беременность «замирает» на ранних сроках развития, т.к. не происходит полноценного кровоснабжения и питания развивающегося эмбриона. Происходит самопроизвольный выкидыш или диагностируется замершая беременность. Эти состояния требуют выскабливания полости матки, что само по себе является дополнительной травмой для слизистой.

Поэтому после вмешательства важным моментом курса реабилитации является физиотерапия. Одновременно проводится лечение антибиотиками и гормонами по показаниям, в т.ч. назначение коротких курсов гормональных контрацептивов. Это способствует структурному и функциональному восстановлению эндометрия и благоприятному течению последующих беременностей.

Во многих медицинских центрах воздействие с помощью физических факторов на слизистую матки является важным этапом подготовки женщины к предстоящей попытке экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона. Особенно это важно для пациенток, имеющих в прошлом неудачные попытки ЭКО.

Таким образом, физиотерапию назначают при следующих состояниях:

* восстановительное лечение после гинекологических операций;
* реабилитация после абортов и выскабливаний слизистой матки;
* подготовка к беременности женщин, имеющих в прошлом самопроизвольные выкидыши и замершие беременности;
* подготовка слизистой матки перед программой ЭКО;
* хроническое воспаление придатков матки;
* бесплодие, обусловленное непроходимостью маточных труб.

**Физиотерапия во время беременности и после родов**

Лечебные физические факторы возможно использовать и при беременности. Лекарственные препараты способны проникать к развивающемуся плоду и оказывать не всегда положительное воздействие на него. Без лекарств часто бывает не обойтись. Физиотерапия же позволяет добиться такого же эффекта при меньших дозах лекарственных препаратов и уменьшить неблагоприятное действие на плод.

Физиотерапия используется при ранних токсикозах беременных, оказывая положительное влияние на рвотный центр в головном мозге. При угрозе прерывания беременности возможно снижение тонуса матки, например, при использовании электрофореза магния при сроке беременности более 8 недель, т.к. магний снижает чувствительность матки к окситоцину - гормону, вызывающему мышечные сокращения матки.

В послеродовом периоде физиотерапия позволяет снизить частоту воспалительных осложнений. Лучше протекают послеоперационный период после кесарева сечения, заживление швов на промежности. С помощью физических факторов проводят лечение трещин сосков и профилактику мастита (воспаления молочной железы). В послеродовом периоде чаще применяется ультразвуковая терапия.

Таким образом, многолетний положительный опыт свидетельствует о целесообразности использования физиотерапии в комплексе терапевтических мероприятий при беременности и после родов, в лечении гинекологических заболеваний с целью улучшения репродуктивного здоровья женщин.

**Лечебная физкультура в гинекологии**

При хронических воспалительных процессах показаны лечебная физкультура и массаж. ЛФК применяется для ликвидации спаек, воспалений, общего укрепления организма, восстановления трудоспособности. Физические упражнения способствуют ускорению крово- и  лимфотока, ликвидации застойных явлений в органах брюшной и тазовой областей, усилению метаболизма, ускорению репаративной регенерации тканей. Усиление крово- и лимфотока  при выполнении физических упражнений и массажа предотвращает застойные явления, образование спаек (рубцов) в тазовой области.         ЛГ проводится в виде утренней гимнастики групповым методом или индивидуально в стационаре, а после выписки – в поликлинических и домашних условиях.

ЛГ выполняется в разных исходных положениях (лежа, стоя, сидя, на боку) с постепенно увеличивающейся амплитудой движений, темпом и частотой выполнения, с включением специальных упражнений для мышц тазового дна и брюшной полости. Общеразвивающие упражнения необходимо сочетать с дыхательными, с упражнениями на расслабление и изометрическими. После ликвидации застойных явлений, спаек, болей включают упражнения с гимнастической палкой, набивными мячами, гантелями и на тренажерах. Кроме ЛГ включают дозированную ходьбу в сочетании с бегом, ходьбу на лыжах, греблю, игры, плавание и другие средства физкультуры, учитывая при этом функциональное состояние женщины, ее возраст, характер работы и течение заболевания.   
Противопоказаны физические упражнения при обострениях воспалительного процесса,  сопровождающихся повышением температуры тела, скоростью оседания эритроцитов (СОЭ), кровотечением, болями, а также при осумкованных гнойных процессах до оперативного вмешательства (вскрытие и дренирование).  
**Использованные источники информации**

1. Акушерство и гинекология под ред. Савельевой Г.М., Сичинова Л.Г. (пер. с англ.). Москва, Гэотар медицина, 1998
2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. Москва, Медицинское информационное агентство, 1999
3. Смирнова Л.М., Саидова Р.А., Брагинская С.Г. Акушерство и гинекология. Москва, Медицина, 1999
4. Справочник-путеводитель практикующего врача «2000 болезней от А до Я» под ред. И.Н. Денисова, Э.Г. Улумбекова. Москва, Гэотар Медицина, 1999
5. <Http://dr-sikirina.narod.ru>
6. <Http://www.medlinks.ru>
7. <Http://www.kleo.ru/consult/gynecologist>
8. <Http://www.womenhealth.dsmu.edu.ua/infoline>
9. <Http://rusmedserv.ru>