

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
30 января 2009 г.
Регистрационный № 062-0608

**ЭТАПЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: канд. мед. наук Р.Л. Коршикова, С.Н. Комар, И.О. Давыдов, Л.А. Секержицкая, А.В. Камлюк

Минск 2009

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Оборудование для проведения физиотерапевтических методов лечения: магнитоимпульсный лазер с влагалищным и ректальным датчиками, переменное магнитное поле, надвенное лазерное облучение крови, КВЧ-терапия, интертости, бальнеолечение; оборудование для проведения музыкотерапии — СД-плеер с наушниками и дисками с записями музыки для резонансной терапии (Peter Hübner); оборудование для проведения лечебной физкультуры и гинекологического массажа.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Восстановление репродуктивной функции у женщин после реконструктивных гинекологических операций, выполненных на матке, влагалище и (или) придатках с целью восстановления анатомического строения органа, менструальной и (или) генеративной функции в репродуктивном или подростковом возрасте:

- метропластика при пороках развития;
- консервативная миомэктомия;
- клиновидная резекция яичников;
- каутеризация яичников
- иссечение кист и опухолей яичников с формированием яичника;
- реконструктивные операции на фаллопиевых трубах: фимбриопластика, фимбриолизис, сальпингостомия, сальпингонеостомия;
- реконструктивно-пластические операции на наружных половых органах: реконструкция девственной плевы при ее атрезии, пластика влагалища после рассечения поперечных и сагиттальных перегородок влагалища и после удаления кист и фибром влагалища.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Активный воспалительный процесс любой локализации.
2. Тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации.
3. Активный легочный туберкулез.
4. Острые психозы.
5. Онкологические заболевания любой локализации.
6. Терминальные состояния.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Восстановление репродуктивной функции у женщин после гинекологических реконструктивно-пластических операций включает проведение реабилитационных лечебно-восстановительных мероприятий по восстановлению нарушенной функции органов, предупреждению рецидивов, устранению вновь или вторично возникающих функциональных расстройств и заболеваний.

Принципы восстановления (реабилитации) репродуктивной функции:

1. Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий.
2. Непрерывность и преемственность осуществления реабилитационных мероприятий.
3. Комплексный характер мероприятий: медикаментозное, хирургическое вмешательство, психотерапия; физио- и бальнеотерапия.
4. Индивидуальность системы реабилитации.
5. Этапность проведения реабилитационных мероприятий.

Этапы восстановления репродуктивной функции

1. Дооперационный.
 - 1.1. Амбулаторно-поликлинический.
 - 1.2. Стационарный.
2. Интраоперационный.
3. Послеоперационный (восстановительный).
 - 3.1. Ранний.
 - 3.2. Отсроченный.

Каждый этап должен быть направлен на выполнение конкретной задачи по восстановлению репродуктивной функции. Ведение первых двух этапов (дооперационный и интраоперационный) представлено в инструкции по применению «Предоперационная подготовка и интраоперационная профилактика нарушений репродуктивного здоровья при выполнении реконструктивных гинекологических операций», разработанной ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

Послеоперационный (восстановительный)

Ранний восстановительный этап

Задачей этого периода является:

- мобилизация защитных реакций;
- усиление адаптационно-компенсаторных механизмов;
- санация зоны оперативного вмешательства;
- предупреждение возникновения в послеоперационной ране патологической инфильтрации и нагноения;
- купирование болей в послеоперационном периоде;
- размягчение спаечных структур и улучшение трофики тканей в области операции;
- предупреждение обострения хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний;
- профилактика осложнений в системе органов дыхания;
- коррекция нарушений функции ГГС.

Раннее восстановительное лечение начинают с 1–2-х суток после эндоскопической операции. Продолжительность лечения составляет 10–14 дней, включает стационарный и амбулаторный этапы.

Тактика ведения больных определяется характером оперативного вмешательства, объемом, наличием или отсутствием осложнений во время и

после операций, сопутствующей патологией. Объем реабилитационных мероприятий зависит от характера послеоперационных изменений в организме, степени кровопотери, объема циркулирующей крови перед операцией и в ходе вмешательства, возраста, восполнения кровопотери (гиповолемия во время операции и после нее усугубляет напряжение гипоталамо-гипофизарной системы, нарушает микроциркуляцию).

С целью профилактики осложнений в системе органов дыхания, улучшения гемодинамики, профилактики тромбозов и тромбоемболий всем больным назначают ЛФК.

В реабилитации больных данной группы большое значение имеет нормализация психоэмоционального состояния, нейроэндокринного статуса. С этой целью рекомендуем применение психотерапевтического лечения с помощью музыкотерапии, которое целесообразно включать в предоперационную подготовку и продолжать в послеоперационном периоде (см. инструкцию по применению «Предоперационная подготовка и интраоперационная профилактика нарушений репродуктивного здоровья при выполнении реконструктивных гинекологических операций», разработанная ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»).

Для профилактики воспалительных осложнений проводят неспецифическое противовоспалительное лечение, применяют антибактериальную терапию. Антибактериальную терапию начинают с интраоперационного введения антибиотиков широкого спектра действия и продолжают в течение 3–5 дней. В качестве неспецифического противовоспалительного лечения применяют ректальные свечи с нестероидными противовоспалительными препаратами, тампоны. электрофорез с димексидом и др. антисептиками, противовоспалительными мазями. При выраженных анатомических изменениях органов малого таза (спаечном процессе в малом тазу IV степени, множественной миоме матки и др.) проводят инфузионную терапию растворами коллоидов и кристаллоидов для улучшения микроциркуляции в оперированном органе.

Всем больным после операции продолжают неспецифическую профилактику тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) и ТЭЛА (дозированная физическая активность, эластическая компрессия вен нижних конечностей, физиологическая гемодилюция ФТЛ: гемомагнитотерапия, массаж). Пациенткам с высоким риском тромбоемболических осложнений проводят специфическую профилактику нефракционированным гепарином под контролем коагулограммы или низкомолекулярными гепаринами, назначают антиагреганты.

Физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) является обязательным компонентом комплексной восстановительной терапии. Цель терапии — устранить эндотоксикоз, улучшить микроциркуляцию в сосудистом бассейне малого таза и реологические свойства крови, оказать бактерицидное и иммуномодулирующее действие. Ранняя восстановительная физиотерапия позволяет повысить эффективность лечения: улучшить гемодинамику сосудистого бассейна малого таза, микроциркуляцию, стимулирует

репаративные и пролиферативные процессы, уменьшает спайкообразование, повышает иммунитет, более полноценно восстанавливает генеративную функцию женского организма. Выбор метода ФТЛ и количество процедур зависят от клинической формы заболевания. ФТЛ начинают в первые 36 ч после операции, т. е. до образования рыхлых фибринозных слипаний, трансформирующихся в последующем в соединительно-тканые (спаечные) структуры.

После сочетанных реконструктивно-пластических операций на матке и придатках по поводу патологии половых органов, сопутствующей окклюзии маточных труб показана низкочастотная магнитотерапия.

Если эндохирургическая реконструкция произведена по поводу непроходимости маточных труб в ампулярных отделах при невыраженном спаечном процессе (I–II степень распространения) и невысоком риске реокклюзии, электростимуляцию маточных труб осуществляют низкочастотными монополярными прямоугольными импульсами для достижения нейротропного эффекта с целью улучшения функционального состояния оперированного органа.

После лапароскопической туботомии используют магнитно-инфракрасное излучение, которое благодаря одновременному воздействию двумя физическими факторами оказывает глубокое трофическое влияние на оперированные ткани. В раннем послеоперационном периоде проводят эндовагинальную магнитотерапию.

Если больная оперирована по поводу тубоовариального воспалительного образования, отдается предпочтение току надтональной частоты, а также низкочастотной магнитотерапии, проводимой интравагинальным методом. При сочетании спаечного процесса в малом тазу с хроническим эндометритом с целью оптимизации условий для полноценной репаративной регенерации выбирают электромагнитное поле высокой частоты с локализацией воздействия на соответствующие органоспецифические рефлексогенные зоны передней брюшной стенки.

С целью предупреждения развития спаечных изменений в малом тазу, активации воспалительного процесса, после удаления опухолевидных воспалительных образований придатков матки с 5–7 дня после операции применяют ультразвук в импульсном режиме, который в большей степени, чем в непрерывном, повышает сниженную эндокринную функцию яичников и восстанавливает проходимость маточных труб. Проводят два курса (по 15 процедур каждый) с 2-месячным перерывом между ними.

После операций по поводу доброкачественных образований яичников целесообразно применение ПеМП, а также лазерное излучение низкой интенсивности. При наличии ациклических маточных кровотечений на фоне ановуляции показана магнитолазерная терапия с локализацией воздействия в зоне проекции оперированного органа на передней брюшной стенке.

После консервативной миомэктомии матка остается увеличенной, плотной, ограничено подвижной ближайшие 3–4 недели после операции. Нормальных размеров она достигает (в зависимости от величины опухоли и

количества удаленных узлов, их топографии и течения послеоперационного периода) лишь через 2–4 мес. После консервативной миомэктомии реабилитация проводится синтетическими прогестинами, антигонадотропины — даназол, гестринон, бусерелин — назначают в течение 3–6 мес.

Немедикаментозные методы реабилитации включают фонофорез, магнитолазеротерапию, прием аскорбиновой кислоты в середине цикла и во вторую фазу.

При удалении внутриматочных синехий и перегородок в раннем послеоперационном периоде используют средства, направленные на улучшение крово- и лимфообращения и предупреждающие неизбежное раневое воспаление. Циклическую гормональную терапию назначают сразу после операции в раннюю фолликулярную фазу цикла. Лечение начинают с назначения эстрогенов для улучшения пролиферации эндометрия и профилактики образования внутриматочных синехий с последующим переходом на гестагены во II фазу цикла.

В качестве мер, предупреждающих рецидивы и восстанавливающих менструальную функцию, используется циклическая физиотерапия.

Гинекологический массаж, фонофорез по фазам менструального цикла.

Реабилитация после клиновидной резекции яичников в раннем послеоперационном периоде включает противовоспалительное лечение (см. выше), ЛФК, ФТЛ (электрофорез с димексидом, магнитолазеротерапию).

Отсроченный восстановительный этап

Характер терапии определяют результаты эндоскопического обследования, объем оперативного вмешательства и данные патоморфологического биоптата, полученные во время операции. Лечение начинают в следующем менструальном цикле, его продолжительность составляет 1–6 мес. Применяют медикаментозные (гормоны и антигормоны) и немедикаментозные (ФТЛ, гинекологический массаж, санаторно-курортное, эфферентное лечение, фитотерапия, трудотерапия) методы лечения.

Антигормоны (аРГ-Гн, даназол) используют для медикаментозного лечения эндометриоза и гиперпластических процессов эндометрия. Лечение продолжительностью 6 циклов начинают с 1–2-го дня цикла при назначении даназола или с 20–21-го дня цикла при использовании аРГ-Гн.

Всем оперированным больным проведено доплерометрическое исследование кровотока в магистральных сосудах матки и придатков. Показано, что у пациенток имеются выраженные нарушения микроциркуляции в сосудистом бассейне органов малого таза, причем степень выраженности этих нарушений коррелирует с характером анатомических изменений внутренних половых органов и сохраняется после эндоскопических операций. Поэтому у данного контингента больных восстановительное лечение, позволяющее нормализовать кровоток в сосудистом бассейне малого таза, создать болеутоляющий и

дефибрирующий эффект, является патогенетически обоснованным методом, повышающим эффективность эндоскопических операций.

Гинекологический массаж проводят на 10–12-е сут и в 1-ю фазу следующего менструального цикла после оперативного вмешательства у больных с перитубарными формами бесплодия, спаечным процессом органов малого таза, с учетом противопоказаний.

Отсроченное ФТЛ начинают с 5-го дня следующего менструального цикла. Методика и количество процедур подбираются индивидуально. ФТЛ проводят всем женщинам после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, разделения спаек, коррекции аномалий развития, консервативной миомэктомии.

Реабилитация после разделения внутриматочных синехий и внутриматочных перегородок. Циклическую гормональную терапию назначают с 1-х сут после операции и продолжают в течение 2–3 мес. Гестагены и пероральные контрацептивы назначают при гиперпластических процессах и полипах эндометрия, хроническом эндометрите. Схемы терапии гестагенами подбирают индивидуально, они зависят от клинической формы заболевания и могут быть различными: во 2-ю фазу цикла с 5 по 25-й день цикла, непрерывно. Пероральные контрацептивы назначают по стандартной 21-дневной схеме.

Реабилитация после резекции поликистозных яичников. При отсутствии в резецированном яичнике (по данным гистологии) примордиальных фолликулов показана заместительная терапия половыми гормонами в течение 6–12 мес. после операции. Отсутствие беременности после резекции поликистозных яичников в течение 6 мес. является показанием к назначению комбинированной гормональной терапии с последующей стимуляцией овуляции кломифеном. При сочетании синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) с гипоплазией матки в послеоперационный период проводят 3 курса лечения токоферола ацетатом и назначают малые дозы эстрогенов в фазу пролиферации. Сочетание СПКЯ с другими эндокринными заболеваниями делает строго дифференцированным подход к реабилитации с привлечением смежных специалистов (терапевта, эндокринолога, невропатолога). У больных, имеющих атрофические изменения во влагалищных мазках и эндометрии, в течение 3–6 мес. проводится терапия половыми гормонами с последующей, по показаниям, стимуляцией овуляции. Пациенткам с СПКЯ в сочетании с гиперпролактинемией назначают парлодел.

Немедикаментозные методы реабилитации после операции по поводу СПКЯ включают диадинамические токи — 10 процедур в одну фазу цикла, фонофорез на низ живота по фазам менструального цикла (с Си в 1-ю фазу цикла, с 1%-м раствором цинка во 2-ю фазу — с 14-го дня 10 процедур). Для индукции овуляции в послеоперационном периоде при СПКЯ используют рефлексотерапию, воздействующую на гипоталамо-гипофизарную систему. Через 3 мес. после операции проводят 2 курса рефлексотерапии по 7 дней с

интервалом 3–4 дня (в первую фазу происходит стимуляция тонуса парасимпатической нервной системы, во вторую – симпатической).

Реабилитация после консервативной миомэктомии. Для коррекции гормональных сдвигов, сопутствующих миоме матки, рекомендуют диету, обогащенную белком, витаминами (аскорбиновая кислота во 2-ю фазу, фолиевая кислота — в 1-ю фазу, витамин В — в середине первой фазы); седативную терапию, физиолечение (электрофорез меди и цинка по фазам цикла) или электрофорез цинка с середины менструального цикла (10 сеансов). Поддерживающую терапию проводят 2 раза в год, она включает физиолечение и по показаниям — гормональную терапию.

Реабилитация после хирургического лечения эндометриoidных кист яичников

Критерии, определяющие необходимость, следующие:

а) наличие части яичника и полноценной маточной трубы; б) возраст до 35 лет; в) отсутствие экстрагенитальной патологии, препятствующей вынашиванию беременности; г) отсутствие истинной опухоли придатков. Основными средствами для проведения реабилитации являются синтетические прогестины, антигонадотропины — даназол, гестринон, бусерелин.

Немедикаментозные методы реабилитации после хирургического лечения эндометриoidных кист яичников включают фонофорез, магнитолазеротерапию. Аналогичное восстановительное лечение можно проводить и после двусторонней резекции яичников, производимой в связи с доброкачественными новообразованиями. При этом добавляют электростимуляцию шейки матки по 10 мин с 10-го по 15-й дни цикла.

К мерам реабилитации относятся также нормализация условий труда, быта, ультрафиолетовое облучение, физиотерапевтическое воздействие на диэнцефальные структуры (продольная диатермия головы, гальванический воротник по Щербак), прием аскорбиновой кислоты в середине цикла и во 2-ю фазу. В течение 1 года после операции 2–3 раза используется электрофорез с цинком и медью, во вторую фазу — чистые гестагены с витамином С (при недостаточности второй фазы).

Бальнеотерапия способствует нормализации функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Продолжительность лечения — один менструальный цикл, период последействия 1–2 мес. На время лечения и на период последействия ФТЛ обязательна контрацепция. При отсутствии противопоказаний возможно применение пероральных контрацептивов.

Эфферентные методы лечения (плазмаферез, ЭЛОК, озонотерапия) применяют с той же целью, что и ФТЛ. Они являются методами выбора в комплексной терапии хронических рецидивирующих вирусных и бактериальных инфекций. Лечение начинают с 5-го дня менструального цикла. Метод и количество процедур подбирают индивидуально. Длительность лечения — один менструальный цикл, длительность последействия — 3 мес. Одновременно с ФТЛ данные методы не назначают.