

ЛЕЧЕНИЕ

**ЖЕНСКИХ
БОЛЕЗНЕЙ**

**традиционными и
нетрадиционными
способами**



Елена Храмова

**Лечение женских болезней
традиционными и
нетрадиционными способами**

«РИПОЛ Классик»

2011

Храмова Е. Ю.

Лечение женских болезней традиционными и нетрадиционными способами / Е. Ю. Храмова — «РИПОЛ Классик», 2011

В книге рассказывается о наиболее распространенных заболеваниях женских половых органов, нарушениях менструального цикла, о предменструальном и климактерическом синдромах, послеродовых осложнениях, миоме матки и т. д. Особое внимание в ней уделено проблеме бесплодных браков и современным репродуктивным технологиям: искусственному осеменению, экстракорпоральному оплодотворению. Рассматривается степень надежности тех или иных способов контрацепции. Читательницам будет интересно узнать о новейших методиках лабораторных исследований, схемах антибактериальной и неспецифической терапии гинекологических заболеваний с использованием современных лекарственных препаратов.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1	6
ВУЛЬВИТ	6
БАРТОЛИНИТ	8
РЕЦЕПТ № 1	8
РЕЦЕПТ № 2	9
БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ	10
ВАГИНИТ	14
РЕЦЕПТ № 1	15
РЕЦЕПТ № 2	15
РЕЦЕПТ № 3	15
ЭНДОЦЕРВИЦИТ	16
РЕЦЕПТ № 1	16
РЕЦЕПТ № 2	17
РЕЦЕПТ № 3	17
ЭНДОМЕТРИТ	18
РЕЦЕПТ № 1	19
РЕЦЕПТ № 2	19
РЕЦЕПТ № 3	19
САЛЬПИНГООФОРИТ	21
Конец ознакомительного фрагмента.	22

Елена Юрьевна Храмова

Лечение женских болезней традиционными и нетрадиционными способами

ВВЕДЕНИЕ

Справочник, предлагаемый вашему вниманию, представляет собой собрание статей, освещающих различные вопросы гинекологии. Все материалы изложены доступным языком, поэтому могут быть использованы в работе не только врачами, средним медицинским персоналом, студентами медицинских учебных заведений, но и всеми, кто интересуется своим здоровьем, а также вопросами контрацепции и бесплодия.

В издании представлены современные медицинские взгляды на наиболее распространенные заболевания женских половых органов и молочных желез. В разделы, рассматривающие диагностику различных патологий, включены новейшие методы лабораторных и функциональных исследований. В главах, посвященных инфекционным заболеваниям, передающимся половым путем, приведены схемы антибактериальной и неспецифической терапии с использованием современных лекарственных препаратов.

В справочнике имеются главы, освещающие вопросы контрацепции с современных позиций, а также новейшие сведения по вопросам репродуктивных технологий.

Пользуясь этой книгой, читатель может быстро, в полном объеме и в сжатой форме получить всю необходимую информацию.

Глава 1

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ВУЛЬВИТ

Вульвит – воспаление женских наружных половых органов, наиболее часто – преддверия влагалища. Заболевание характерно как для молодого возраста, так и для женщин старшей возрастной группы, так как их объединяет недостаточная функция яичников.

По клиническому течению вульвиты подразделяются на острые и хронические. В зависимости от причин различают вульвиты первичные и вторичные. У женщин в возрасте старше 40 лет чаще диагностируют вторичный вульвит. Причинами вульвита могут быть:

- сахарный диабет;
- ожирение;
- недостаточная функция яичников;
- воздействие химических веществ;
- механические факторы (трение одежды);
- несоблюдение гигиены;
- аллергические реакции на парфюмерные и косметические средства, гигиенические прокладки;
- опрелости;
- свищи;
- обильные выделения из влагалища при вагините, эндоцервиците и эндометрите.

Клиническая картина. Общее состояние чаще не страдает. Пациентка жалуется на зуд, жжение, боли в области наружных половых органов, усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании, обильные выделения из влагалища. При осмотре выявляют отечность и покраснение в области вульвы, наличие серозно-гнойных или гнойных налетов на ней. Возможны образование язв на вульве, склеивание малых половых губ, увеличение паховых лимфатических узлов.

Диагностика. Для выявления заболевания достаточно осмотра пациентки. При определении инфекции проводят микроскопическое и бактериологическое исследования отделяемого вульвы.

Лечение. Может быть как медикаментозным, так и немедикаментозным. В первую очередь проводят лечение основного заболевания или сопутствующей патологии: вагинита, гипofункции яичников и т. д. Необходимы общая и местная антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры женщины к антибиотикам, например крем с изоконазолом, мази тетрациклиновая, эритромициновая. При зуде назначают мази анестезиновую и содержащую глюкокортикостероиды, седативные препараты (экстракт валерианы). Кроме того, осуществляют общеукрепляющую (адаптогены, поливитамины) и десенсибилизирующую (противовоспалительная и противоаллергическая) терапию (клемастин, лоратадин);

В острой стадии воспаления рекомендуют ограничить двигательную активность и воздержаться от половых контактов. Показано облучение наружных половых органов ультрафиолетовыми лучами.

Местное лечение – подмывание дезинфицирующими растворами перманганата калия, фурацилина, борной кислоты 2 – 3 раза в день. При уменьшении болезненности показаны теплые сидячие ванны температурой 38 – 39 °С с настоем ромашки, шалфея, эвкалипта.

БАРТОЛИНИТ

Бартолинит – это воспаление бартолиниевых желез в преддверии влагалища.

По клиническому течению различают бартолинит острый и хронический. Он может протекать с образованием ложного или истинного абсцесса. Инфекция, попадая в выводной проток бартолиниевой железы преддверия влагалища, вызывает воспаление. Если инфицируется сама железа, то развивается истинный абсцесс. При инфицировании и нагноении содержимого кисты появляется ложный абсцесс.

Причины возникновения бартолинита:

- механический фактор;
- специфические возбудители (гонококки, трихомонады);
- неспецифические возбудители (аэробные грамположительные и грамотрицательные бактерии).

Клиническая картина. Жалобы на болезненность в области половой губы, увеличение большой половой губы в размере. Могут быть нарушение общего состояния, повышение температуры тела до 38 – 39 °С, боли в промежности при ходьбе. Заболевание способно осложняться образованием абсцесса, ретенционной кисты или приобретать хроническое течение.

Диагностика. При осмотре наружных половых органов наблюдают отек и гиперемию в области половой губы. Проводится бактериологическое и бактериоскопическое исследования содержимого бартолиниевой железы.

Лечение. Применяют немедикаментозные, медикаментозные и хирургические методы лечения. Проводят антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия с учетом чувствительности выделенной патогенной микрофлоры.

Используют фторхинолоны и сульфаниламиды. Показана общеукрепляющая терапия. При необходимости осуществляют специфическое лечение (при гонорейной инфекции). Местно назначают растворы антисептиков (хлоргексидин, калия перманганат).

Хирургическое лечение заключается во вскрытии абсцесса и дренировании его полости. Кисту желательнее удалять в периоде ремиссии.

Рекомендуют ограничение двигательной активности и половой покой в остром периоде. На область большой половой губы в начальной стадии заболевания применяют лед, тепловые процедуры используют в процессе дальнейшего лечения. Местное лечение проводят в зависимости от стадии воспалительного процесса. При улучшении состояния назначают местно ультравысокочастотную терапию или ультрафиолетовое облучение.

При ложном абсцессе происходит скопление нагнаивающегося секрета в протоке бартолиниевой железы, а при истинном нагнаивается непосредственно сама железа.

Ниже приведены рецепты приготовления лечебных средств, широко применяемых при бартолините в народной медицине.

РЕЦЕПТ № 1

Требуется: 5 – 10 штук свежих листьев крапивы двудомной, кусок стерильной марли (бинта).

Приготовление. Измельчить листья и завернуть в марлю.

Применение. Тампон приложить к больному месту на 1 – 1,5 ч.

РЕЦЕПТ № 2

Требуется: 200 г хвойных веток и шишек сосны или ели, 2 зубчика чеснока, 0,5 л горячей воды.

Приготовление. Шишки и хвою измельчить, залить водой, довести до кипения, кипятить 15 – 20 мин. Чеснок очистить, вымыть, измельчить, добавить в кипящий отвар, настоять 8 – 10 ч, процедить.

Применение. Налить отвар в емкость и принимать сидячую ванну. Процедура проводится по 15 – 20 мин 2 раза в день.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Бактериальный вагиноз – это инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактофлоры во влагалище и ее заменой на полимикробные ассоциации анаэробов и гарднереллы, концентрация которых достигает 10⁹ – 10¹¹ КОЕ/мл вагинального отделяемого. Многообразие различных микроорганизмов, участвующих в возникновении бактериального вагиноза, объясняет термин «бактериальный». В связи с отсутствием в отделяемом влагалища лейкоцитов – клеток, ответственных за развитие воспалительной реакции, произошло изменение термина «вагинит» на «вагиноз».

У здоровых женщин 18 – 40 лет ведущее место (95%) в вагинальном микробиоценозе занимают лактобактерии анаэробного и аэробного происхождения. Их титр достигает 10⁸ КОЕ/мл. Кроме них, в состав влагалищной микрофлоры входят более 40 микроорганизмов, составляющих оставшиеся 5%. Среди сопутствующих лактобактериям микроорганизмов чаще встречаются эпидермальный стафилококк, бактероиды и анаэробные кокки, коринебактерии.

У здоровых женщин анаэробная микрофлора превалирует над аэробной в соотношении 10 : 1. Колонизируя слизистую влагалища, лактобациллы принимают участие в формировании экологического барьера и обеспечивают тем самым устойчивость влагалища к условно патогенным и патогенным микроорганизмам. Защитные свойства лактобацилл реализуются по-разному: за счет антагонистической активности, способности продуцировать лизоцим, адгезивных свойств, т. е. способности к склеиванию. Однако основным механизмом, обеспечивающим благодаря лактобактериям устойчивость влагалищной микрофлоры, выступают кислотообразование и продукция перекиси водорода. В норме вагинальное содержимое имеет кислую реакцию (рН = 3,8 – 4,5) за счет образования молочной кислоты – продукта метаболизма лактобактерий. При низких показателях рН влагалища происходит подавление роста патогенных и условно-патогенных микроорганизмов таких, как гарднерелла, стрептококки и облигатные анаэробы.

Особенность микрофлоры влагалища – ее изменчивость под действием как экзогенных, так и эндогенных факторов. На микробиоценоз влагалища оказывают влияние физиологические и гормональные изменения: пубертатный период, беременность, менопауза, фазы менструального цикла, различные нарушения менструальной функции.

Сильно на него влияют и половая активность, использование антибактериальных препаратов, гормонотерапия, хирургические вмешательства.

При бактериальном вагинозе, который можно расценить как вагинальный дисбактериоз, развившемся в результате действия одного или сочетания перечисленных факторов, происходит уменьшение числа лактобацилл. Оно сопровождается колонизацией влагалища строгими анаэробами: фузобактериями, мобилункусом, пептострептококками и гарднереллами.

Иногда на фоне преобладания анаэробных микроорганизмов, ассоциированных с гарднереллами, присутствуют лактобактерии (в очень низком титре). Как правило, это лактобактерии анаэробного происхождения, не способные продуцировать перекись водорода.

У пациенток с бактериальным вагинозом облигатные анаэробы были обнаружены в 100% случаев. Наиболее часто из влагалищного соскоба выделяют гарднереллы и микроорганизмы семейства бактероидов. Известно, что бактериальный вагиноз преимущественно определяют у женщин, ведущих активную половую жизнь и часто меняющих половых партнеров. При бактериальном вагинозе отмечается изменение микроэкологии в сторону доминирования *G. Vaginalis* над *L. Acidophilus*. Это приводит к возникновению благоприятных условий для роста большого количества облигатно-анаэробных микроорганизмов, количество которых достигает высоких цифр.

Анаэробные бактерии синтезируют ферменты – аминопептидазы, расщепляющей пептиды до аминокислот, и декарбоксилазы, расщепляющих аминокислоты до аминов, что обуславливает характерный для бактериального вагиноза рыбный запах.

Амины, образуемые аминопептидазами, способствуют еще большему сдвигу pH в сторону щелочной среды. Таким образом создаются условия для прикрепления присутствующих во влагалище в большом количестве бактерий, в основном *G. Vaginalis*, к эпителиальным клеткам, которые слущиваются. Зрелые эпителиальные клетки с адгезированными на них микроорганизмами, (гарднереллой, мобилункусом, грамположительными кокками), носят название «ключевые клетки» и характерны для бактериального вагиноза.

Выделяют 6 видов лактобактерий: *L. Acidophilus*, *L. Plantarum*, *L. Casei*, *L. Fermentus*, *L. Salivarius*, *L. Brevis*, – объединенных под общим названием «палочки Дедерлейна». Они составляют более 95 % всей микрофлоры влагалища.

В гинекологической практике своевременная терапия бактериального вагиноза может предотвратить такие осложнения, как эндометрит, воспалительные осложнения после операций и инвазивных гинекологических процедур, диспластические заболевания шейки матки; уменьшить риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, и т. д. Бактериальный вагиноз у беременных может привести к развитию хориоамнионита, послеродового эндометрита, преждевременных родов и рождению детей с низкой массой тела, к прогрессированию воспалительных процессов половых органов, гнойносептических осложнений у матери и ребенка в послеродовом периоде и др.

Причины развития бактериального вагиноза:

- ранее перенесенные заболевания половых органов воспалительного характера;
- длительный и бесконтрольный прием антибактериальных препаратов;
- наличие нарушений менструального цикла;
- патология шейки матки;
- продолжительное применение внутриматочной спирали с целью контрацепции;
- использование оральных контрацептивов.

Клиническая картина. Основная жалоба при бактериальном вагинозе – выделения (бели) из половых путей белого или серого цвета, часто с неприятным запахом. Они усиливаются перед менструациями или после полового акта. Количество белей варьируется от умеренных до очень обильных.

При прогрессировании патологического процесса бели становятся желто-зелеными, густыми, тягучими, липкими, иногда пенящимися. Выделения равномерно распределяются по влагалищной стенке и влагалищной части шейки матки. При гинекологическом осмотре эти выделения легко удаляются со слизистой влагалища ватным тампоном.

Другие жалобы – на зуд, нарушения мочеиспускания, боли во время полового акта – встречаются очень редко. У большого количества женщин с бактериальным вагинозом жалобы могут отсутствовать. Таким образом, бактериальный вагиноз подразделяется на 2 варианта: бессимптомный и с клиническими проявлениями.

При *бессимптомном течении* заболевания отмечают отсутствие клинических проявлений наряду с положительными результатами лабораторных анализов влагалищного отделяемого.

При варианте *с выраженными клиническими проявлениями* наблюдают длительно существующие (в течение 2 – 3 лет) выделения – обильные, жидкие, белого или сероватого цвета, с неприятным запахом гнилой рыбы. Характерны частое сочетание бактериального вагиноза с

патологическими процессами шейки матки (псевдоэрозией, лейкоплакией, эндоцервицитом, эндометриозом) и его рецидивирующее течение.

Нередко возникают нарушения менструального цикла по типу олигоменореи или неполноценности его 2-й фазы.

Диагностика. «Золотой диагностический стандарт» бактериального вагиноза включает следующие признаки.

1. Патологический характер вагинальных выделений.

2. рН вагинального отделяемого – более 4,5. Сдвиг рН-влагалищной среды в щелочную сторону – результат уменьшения числа лактобактерий или их исчезновения. При попадании в вагинальное отделяемое цервикальной слизи, крови или спермы может наблюдаться ложный результат.

3. Положительный аминный тест. Вагинальное содержимое часто имеет запах гнилой рыбы, обусловленный выработкой диаминов в процессе декарбоксилирования аминокислот анаэробами. Соли этих веществ в щелочной среде превращаются в летучие амины, которые и дают неприятный запах.

4. Выявление ключевых клеток при микроскопическом исследовании влажных неокрашенных препаратов вагинального отделяемого. Можно получить ложные положительные результаты, выявив эпителиальные клетки с адгезированными на них лактобактериями. В этом случае проводят микроскопию влагалищных мазков, окрашенных по Граму.

Диагностически значимым считается наличие хотя бы 3 положительных признаков из 4.

Кроме скрининг-методов, для диагностики бактериального вагиноза проводят определенные исследования.

1. Микроскопия влагалищного мазка, окрашенного по Граму. Чувствительность и специфичность этого метода приближаются к 100 %. Микроскопический метод позволяет объективно оценить состояние вагинальной микроэкологии.

Помимо морфологических особенностей и соотношения отдельных компонентов вагинальной микрофлоры, при микроскопии влагалищного отделяемого можно получить информацию о состоянии слизистой влагалища и наличии лейкоцитарной реакции организма. Состояние влагалища оценивают по совокупности следующих показателей:

- состояние эпителиальных клеток влагалища (количество, принадлежность к различным слоям слизистой влагалища), выявление ключевых клеток;
- наличие и степень выраженности лейкоцитарной реакции;
- общая микробная обсемененность;
- состав микрофлоры, соотношение различных видов бактерий.

Для бактериального вагиноза характерна массивная общая бактериальная обсемененность с преобладанием в микробном поле облигатных анаэробов и гарднерелл. Лактобациллы или отсутствуют, или обнаруживаются в небольшом количестве. Выявляют эпителиальные клетки преимущественно поверхностных слоев слизистой. В 100 % случаев определяются ключевые клетки. Отсутствует лейкоцитоз.

2. Хроматографическое исследование микробных метаболитов во влагалищном содержимом.

3. Выявление ферментов: пролинаминопептидазы, сиалидазы и т. д.

Лечение. Основные принципы терапии заключаются в нормализации кислотности влагалищной среды и в восстановлении нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза влагалища.

При рецидивирующих формах бактериального вагиноза применяют десенсибилизирующую и иммунокорректирующую терапию.

Лечение проводят в 2 этапа. На первом этапе назначают препараты с антимикробным эффектом, действие которых направлено на снижение количества анаэробных микроорганизмов. На втором этапе – эубиотики для восстановления микробиоценоза влагалища.

Препаратами выбора для антибактериальной терапии бактериального вагиноза выступают метронидазол и клиндамицин. Гель метронидазола (0,75%-ный) назначают внутривлагалищно в течение 14 дней. Клиндамицин используют по 1 свече на ночь в течение 3 дней (или 3 дня применяется вагинальный крем). Хлоргексидин назначают по 1 свече 2 раза в день в течение 7 – 10 дней.

Для восстановления нормальной микрофлоры влагалища применяют биопрепараты, содержащие живые лакто- и бифидобактерии, внутривлагалищно в течение 10 – 14 дней, предварительно разведя их в 5 мл теплой кипяченой воды.

ВАГИНИТ

Вагинит (кольпит) – воспаление слизистой оболочки влагалища. По течению различают вагиниты острые, подострые и хронические. В зависимости от вида возбудителя выделяют следующие вагиниты:

- бактериальные;
- ^ вирусные (герпетические);
- трихомонадные;
- кандидозные;
- смешанные.

Причины развития вагинита:

- инфекции;
- химические вещества, используемые при спринцевании влагалища;
- аллергические реакции (при использовании местных лекарственных препаратов – вагинальных свечей и таблеток и т. д.);
- анатомические (выпадение влагалища и матки);
- физические факторы (инородное тело);
- функциональные нарушения яичников, щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы;
- снижение иммунологической реактивности организма (в связи с возрастом, заболеванием);
- нерациональный и длительный прием лекарственных препаратов (антибактериальных, гормональных);
- использование внутриматочной спирали;
- нарушение санитарно-гигиенических норм.

Клиническая картина. Наблюдают изменение общего состояния; раздражительность, нарушения сна. Отмечают выделения из влагалища – гнойные, серозные, серозно-гнойные, творожистые – в зависимости от возбудителя. Пациентки жалуются на зуд, жжение во влагалище и вульве, боли внизу живота, неприятные ощущения во влагалище, дискомфорт при мочеиспускании.

При хронической форме вагинита у женщины может развиваться вагинизм.

Вагинизм – неврогенное заболевание, проявляющееся судорожным сокращением мышц влагалища при попытке произвести половой акт.

Диагностика. При гинекологическом осмотре выявляют покраснение и отек слизистой вульвы и влагалища. Проводят бактериологическое и бактериоскопическое исследования мазка, взятого из заднего свода влагалища.

Лечение. Лечение комплексное, с учетом выделенного возбудителя или способствующего развитию заболеванию фактора. Оно может быть местным и общим. Также необходимо проводить лечение сопутствующих заболеваний. Во время терапии исключают половые контакты до полного выздоровления, соблюдают правила личной гигиены. Рекомендуется обследование и лечение полового партнера.

Общее лечение заключается в антибиотикотерапии с учетом выделенной патогенной микрофлоры. Для восстановления нормальной микрофлоры влагалища применяют местно препараты с лакто- и бифидобактериями.

При неспецифическом вагините показано спринцевание влагалища антисептическими растворами (фурацилина, диоксида, хлоргексидина) в течение 7 – 10 дней; а также настоями трав (шалфея, эвкалипта, ромашки) в течение того же времени. Ниже приводятся рецепты приготовления таких настоев.

При стафилококковом вагините для спринцеваний применяют хлорофиллипт (1 ст. л. 1%-ного спиртового раствора на 1 л воды) или вагинальные тампоны с облепиховым маслом, маслом шиповника, аскорбиновой и галловой кислотами.

РЕЦЕПТ № 1

Требуется: 2 ст. л. цветков ромашки аптечной, 1 стакан воды.

Приготовление. Сырье хорошо измельчить, залить кипящей водой, настоять 30 мин, процедить.

Применение. Настой использовать в теплом виде 2 раза в день, утром и вечером, для влагалищных спринцеваний.

РЕЦЕПТ № 2

Требуется: по 1 ч. л. листьев шалфея лекарственного, розмарина лекарственного, травы тысячелистника обыкновенного, 0,5 л воды.

Приготовление. Сырье хорошо перемешать, залить кипящей водой, настоять 30 мин, процедить.

Применение. Настой применять в теплом виде для влагалищных спринцеваний 2 раза в день, утром и вечером.

РЕЦЕПТ № 3

Требуется: по 1 ч. л. травы лапчатки гусиной, цветков ромашки аптечной, 0,5 л воды.

Приготовление. Сырье хорошо перемешать, залить кипящей водой, настоять 30 мин, процедить.

Применение. Настой использовать в теплом виде 2 раза в день, утром и вечером, для влагалищных спринцеваний.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ

Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки. Этим заболеванием страдают до 70 % женщин.

По течению различают острый и хронический эндоцервициты. В зависимости от причин выделяют эндоцервициты специфический и неспецифический.

Причины развития заболевания:

- специфические возбудители: хламидии, трепонемы, гонококки, микобактерии, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, микоплазмы, папилломавирус человека;
- неспецифические возбудители: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка;
- физические и химические факторы;
- механические факторы;
- способствующие факторы (инвазивные диагностические и лечебные процедуры – выскабливание полости матки);
- системные заболевания.

Клиническая картина. Наблюдают патологические выделения из влагалища различного характера: обильные, слизистые, гнойные. Жалобы на тупую боль внизу живота, неприятные ощущения и зуд в области вульвы. Осложнением эндоцервицита является эрозия шейки матки.

Диагностика. При осмотре шейки матки (в зеркалах, при кольпоскопии) наблюдают покраснение и отечность вокруг наружного зева шейки матки, мелкие кровоизлияния слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки.

Проводят бактериоскопическое и бактериологическое исследования, а также рН-метрию выделений из влагалища. Для исключения злокачественных процессов в шейке матки выполняют цитологическое и морфологическое исследования взятого при биопсии материала.

Лечение. Рекомендуют комплексное лечение. Используют различные методы: немедикаментозные, медикаментозные и физиохирургические.

Женщинам, перенесшим эндоцервицит, рекомендуется динамическое наблюдение у гинеколога с проведением расширенной кольпоскопии: в 40 – 50 лет – 1 раз в 3 года; в 50 – 65 лет – 1 раз в 5 лет; после 65 лет – по показаниям.

Медикаментозное лечение заключается в антибактериальной терапии. Назначают метронидазол в таблетках (по 250 мг 3 раза в день 10 дней); в виде геля или вагинальных таблеток (по 500 мг 2 раза в день 7 дней). Применяют повидон-йод (во влагалище по 1 суппозиторию 10 дней); комбинированные препараты из антибиотиков и глюкокортикостероидов (по 1 вагинальной таблетке 10 дней); нифурател (по 1 свече 8 дней). Кроме того, применяют противогрибковые, противовирусные и иммуномодулирующие средства.

Используют в лечении и различные травяные настои для влагалищных спринцеваний.

РЕЦЕПТ № 1

Требуется: 1,5 ч. л. травы сушеницы топяной, по 1 ч. л. листьев черной смородины, цветков черемухи обыкновенной, календулы лекарственной, 0,5 л воды.

Приготовление. Растительное сырье хорошо перемешать. Залить 2 ст. л. смеси кипящей водой, настоять 1 ч, тщательно процедить.

Применение. Спринцевать настоем влагалище 1 раз в день.

РЕЦЕПТ № 2

Требуется: 1 ч. л. цветков просвирника лесного, по 1,5 ч. л. цветков ромашки аптечной, листьев шалфея лекарственного, 0,5 л воды.

Приготовление. Растительное сырье хорошо перемешать. Залить 1 ст. л. сбора кипящей водой, настоять 30 мин в теплом месте, тщательно процедить.

Применение. Спринцевать настоем влагалище 1 раз в день.

РЕЦЕПТ № 3

Требуется: 3 ч. л. листьев ореха грецкого, 2 ч. л. цветков ромашки аптечной, 1,5 ч. л. листьев шалфея лекарственного, 1 л воды.

Приготовление. Растительное сырье хорошо перемешать. Залить 2 ст. л. сбора кипящей водой, настоять 1 ч. в теплом месте, тщательно процедить.

Применение. Спринцевать настоем влагалище 1 раз в день.

ЭНДОМЕТРИТ

Эндометритом называется воспаление слизистого слоя матки. Развивается заболевание после внутриматочных вмешательств (абортов, введения внутриматочной спирали, диагностического выскабливания), осложненных родов, полового акта во время менструации. В качестве возбудителя могут выступать бактерии, вирусы, паразиты, грибки, простейшие. Нередко причинами воспаления эндометрия становятся ассоциации микроорганизмов.

По этиологии эндометриты подразделяют на специфические (гонорейный, туберкулезный, актиномикотический, хламидийный эндометриозы) и неспецифические.

По течению эндометриты классифицируют на острые и хронические.

Пути проникновения инфекции в матку:

- через канал шейки матки;
- с током крови;
- с током лимфы;
- нисходящий – из яичников, маточных труб.

Клиническая картина. При *остром эндометрите* воспалительный процесс развивается быстро – на 3 – 4 сутки после инфицирования слизистой матки. При нормальном лечении заболевание разрешается через 8 – 10 дней, наступает выздоровление. В противном случае оно переходит в хроническую форму. Повышается температура тела, отмечают учащение пульса, познание. Женщина жалуется на боли и тяжесть внизу живота, боль отдает в крестец, бедро. Появляются раздражительность, беспокойство, нарушения сна. При пальпации в нижних отделах живота отмечается болезненность. Нередки запоры.

Хронический эндометрит может быть продолжением неправильно леченного острого заболевания. Иногда он развивается первично (без острой стадии).

Основное проявление заболевания – маточные кровотечения, возникающие в результате нарушений процессов отторжения и восстановления функционального слоя эндометрия. Возможно появление мажущих кровянистых выделений в межменструальном периоде, до и после менструации. Периодически возникают серозно-гнойные выделения из матки.

Общее состояние женщины не нарушено, появляются ноющие боли в нижних отделах живота, отдающие в поясницу.

Диагностика. При *остром эндометрите* во время вагинального осмотра матка умеренно увеличена в размерах, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации (особенно в области прохождения лимфатических сосудов – боковых стенок). Выделения из матки серозно-гнойные, с примесью крови. При общем анализе крови выявляют увеличение числа лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и скорости оседания эритроцитов.

Вагинальный осмотр при *хроническом эндометрите* проявляет некоторое увеличение размеров матки и ее уплотнение. Пальпация матки, как правило, безболезненная. Отмечают бесплодие или преждевременное прерывание беременности на разных сроках.

Для подтверждения диагноза «хронический эндометрит» на 8 – 10-й дни менструального цикла проводят диагностическое выскабливание стенок матки и исследование соскоба эндометрия. Назначают ультразвуковое исследование матки: выявляют изменение структуры эндометрия.

Лечение. При *остром эндометрите* необходимы госпитализация, соблюдение постельного режима, диетотерапия, контроль за функцией кишечника. Назначается антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Из антибиотиков чаще используют пени-

циллины, аминогликозиды, цефалоспорины в сочетании с метронидазолом (при анаэробной флоре), противогрибковые препараты. Для уменьшения интоксикации назначают инфузионную терапию: растворы глюкозы, солей, плазму, низко- и высокомолекулярные декстраны. Показаны и антигистаминные препараты: хлористый кальций, клемастин, лоратадин, хлоропирамин, кетотифен. Осуществляют общеукрепляющую, противовоспалительную (метамизол натрия, индометацин, фенилбутазон) терапию. В первые сутки назначают холод: на низ живота прикладывают пузырь со льдом по 2 ч с периодическими 30-минутными перерывами.

При *хроническом эндометрите* применяют седативные, антигистаминные, общеукрепляющие препараты. Проводят витаминотерапию, физиотерапию (ультразвук, электрофорез с йодом или цинком, ультравысокочастотную терапию, ультрафиолетовое облучение, иглорефлексотерапию), иммуностимулирующую терапию (аутогемотерапию, тималин, Т-активин), фитотерапию. При наличии маточных кровотечений показаны гормональные препараты, аминокaproновая кислота, этамзилат. При появлении признаков обострения воспалительного процесса осуществляют антибактериальную и инфузионную терапию.

Обязательный компонент терапии хронического эндометрита – нормализация микрофлоры влагалища. С этой целью назначают вагинальные тампоны с эубиотиками – лакто- и бифидосодержащими препаратами.

Эубиотики содержат живые бактерии. Поэтому необходимо тщательно соблюдать условия их хранения – прохладное темное место и герметичность тары. Обязательно перед использованием проверьте срок годности препарата.

В лечении по показаниям также применяют народные рецепты.

РЕЦЕПТ № 1

Требуется: 3 ч. л. плодов шиповника коричневого, по 2 ч. л. травы зверобоя продырявленного, Melissa лекарственной, цветков календулы лекарственной, 1,5 ч. л. травы сушеницы топяной, 1 ч. л. цветков ромашки аптечной, сахар или мед, 0,5 л воды.

Приготовление. Растительное сырье хорошо перемешать. Залить 2 ст. л. сбора кипящей водой, настоять в теплом месте 1 ч, процедить, добавить сахар или мед.

Применение. Пить настой по 0,5 стакана 6 раз в день, перед употреблением подогреть.

РЕЦЕПТ № 2

Требуется: 5 ч. л. листьев и плодов земляники лесной, по 4 ч. л. травы грушанки круглолистной, семян овса посевного, 3 ч. л. цветков василька синего, по 2 ч. л. травы горца птичьего, Melissa лекарственной, листьев арники горной, мед и лимон, 0,5 л воды.

Приготовление. Растительное сырье хорошо перемешать. Залить 2 ст. л. сбора кипящей водой, настоять в теплом месте 1 ч, процедить.

Применение. Пить по 0,5 стакана 6 раз в день, перед употреблением подогреть и добавить по вкусу лимон или мед.

РЕЦЕПТ № 3

Требуется: по 6 ч. л. листьев и плодов смородины черной, плодов шиповника коричневого, 3 ч. л. цветков ромашки аптечной, по 2 ч. л. травы Melissa лекарственной, сушеницы топяной, цветков василька синего, 1 ч. л. травы горца птичьего, мед, 0,5 л воды.

Приготовление. Растительное сырье хорошо перемешать. Залить 2 ст. л. сбора кипящей водой, настоять в теплом месте 2 ч, процедить, добавить мед.

Применение. Принимать настой по 0,5 стакана 6 раз в день, перед употреблением подогреть.

САЛЬПИНГОФОРИТ

Сальпингофорит – это воспалительный процесс в придатках матки (маточных трубах и яичниках). Выделяют острую и хроническую формы этого заболевания. Возбудителями сальпингофорита могут быть стафилококки, стрептококки, хламидии, кишечные палочки, энтерококки, представители анаэробной микрофлоры. Проникновение инфекции в организм женщины происходит при патологических родах, абортах, диагностических выскабливаниях матки, установке внутриматочной спирали, при половом акте, а также гематогенным и лимфогенным путями из других очагов инфекции.

Острый сальпингофорит может иметь несколько клинических вариантов:

- без признаков воспаления тазовой брюшины;
- с признаками воспаления тазовой брюшины;
- с формированием tuboовариального образования с гнойным содержимым;
- с разрывом tuboовариального образования.

Хронический сальпингофорит может быть следствием недолеченного острого воспалительного процесса в придатках матки или первично возникшего заболевания. Для него характерны нарушение функций маточных труб, их склерозирование, сужение их просвета вплоть до полного нарушения проходимости, образование гидросальпинкса (tuboовариального образования), инфильтратов, спаечного процесса вокруг маточных труб и яичников. В воспалительный процесс часто вовлекаются тазовые нервы с развитием невралгии, ганглионеврита.

Клиническая картина. При *остром сальпингофорите* наблюдают ухудшение общего состояния, слабость, разбитость, головную боль, повышение температуры тела. Пациентки жалуются на озноб, боли внизу живота, нарушение мочеиспускания, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, жидкий стул или запор.

При *хроническом сальпингофорите* отмечают боли ноющего характера в нижних отделах живота, в области крестца, отдающие в пах, бедро, во влагалище. Они усиливаются при переохлаждении, стрессах, физическом перенапряжении, накануне и во время менструаций, при воспалительно-инфекционных заболеваниях другой локализации. Иногда болевой синдром настолько выражен, что приводит к инвалидизации женщины. При сочетании хронического сальпингофорита с воспалительными изменениями во влагалище и матке появляются патологические выделения из половых путей – бели. Отмечают снижение либидо, половые расстройства. В результате поражения яичников развиваются нарушения менструальной функции.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.