

**ВАМ НЕЗДОРОВИТСЯ...  
ВАМ НАЗНАЧИЛИ РАЗЛИЧНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ...  
ВАМ НЕПОНЯТНО ЗНАЧЕНИЕ  
СПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ... —  
ЗАГЛЯНИТЕ В НАШ СПРАВОЧНИК!**

**НЕ УНЫВАЙТЕ И БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!**



Переплет: 17x22 см, 848 с.

ISBN 5-7905-2551-2



9 785790 525513 >



РИПОЛ  
КЛАССИК

**КНИГУ МОЖНО ЗАКАЗАТЬ**  
по адресу: 109147, Москва, а/я 55,  
по тел.: (095) 103-09-05  
или на сайте: [www.ripol.ru](http://www.ripol.ru)



*здоровье и красота*

# ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ гинекологических ЗАБОЛЕВАНИЙ



Юлия Савельева

**ЛЕЧЕНИЕ**  
**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ**  
*гинекологических*  
**ЗАБОЛЕВАНИЙ**



РИПОЛ  
КЛАССИК

Москва, 2006

УДК 618  
ББК 57.1  
С12

Савельева Ю.  
С12 Лечение воспалительных гинекологических заболеваний. —  
М.: РИПОЛ классик, 2006. — 64 с. — (Здоровье и красота).

ISBN 5-7905-2551-2

Данная книга ставит своей целью познакомить женщин с  
возможными заболеваниями половой системы, попытаться отве-  
тить на интересующие их вопросы и дать необходимые советы.

УДК 618  
ББК 57.1

*Практическое издание  
Серии «Здоровье и красота»*

Савельева Юлия

## ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Генеральный директор издательства *С. М. Макаренков*

Редактор *Г. В. Чуб*  
Художественное оформление: *Н. В. Люберова*  
Компьютерная верстка: *Е. В. Козейкина*  
Технический редактор *Е. А. Крылова*  
Корректор *Г. И. Сняева*

*Издание подготовлено при участии ИА «Научная книга»*

Подписано в печать с готовых диапозитивов 07.12.2005 г.  
Формат 84x108/32. Гарнитура «Garamond»  
Печ. л. 2,0. Тираж 15 000 экз. Заказ № 6713

Адрес электронной почты: [info@ripol.ru](mailto:info@ripol.ru)  
Сайт в Интернете: [www.ripol.ru](http://www.ripol.ru)

ООО «ИД «РИПОЛ классик»  
107140, Москва, Красногрудная ул., д. 22а, стр. 1  
Изд. лиц. № 04620 от 24.04.2001 г.

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных  
диапозитивов в ОАО «ИПК «Ульяновский Дом печати»  
432980, г. Ульяновск, ул. Гончарова, 14


ISBN 5-7905-2551 2 © ООО «ИД «РИПОЛ классик», 2006

# Часть I

## Инфекции, передающиеся половым путем

### Глава 1

#### Строение внутренних женских половых органов



К внутренним женским половым органам относятся  
яичники, маточные трубы, матка и влагалище.

Влагалище представляет собой мышечно-фиброз-  
ную растяжимую трубку. Верхним концом она охваты-  
вает шейку матки, а передне-нижним открывается в по-  
ловую щель. Слизистая оболочка влагалища покрыта  
многослойным плоским эпителием и не имеет желез.

Матка в период половой зрелости имеет грушевид-  
ную форму, утолщенную спереди назад. Являясь полым  
мышечным органом, она располагается между мочевым  
пузырем и прямой кишкой. По передней поверхности  
матка несколько вогнута, а по задней выпукла. В ней  
различают шейку, тело и дно. Шейка матки несколько  
выступает во влагалище. Эта ее часть называется влага-  
лищной. Вторая часть шейки, которая расположена

выше, называется надвлагалищной. От шейки отходит тело в виде треугольника, расширяющегося по направлению ко дну. Дном называется верхняя часть матки (виде соединения матки с маточными трубами). Полость влагалища с полостью матки сообщается плечным каналом. Место перехода шейки матки в тело называется перешейком.

Участок канала, проходящий в перешейке, самый узкий и постепенно переходит в полость матки. Углы матки соединяются с отверстиями маточных труб. Матка с помощью маточных труб соединена с яичниками. По маточным трубам яйцеклетки с поверхности яичника выводятся в полость матки. Длина трубы — около 12 см, величина ее просвета неодинакова.

Передвижение яйца по трубе обеспечивается перистальтическими сокращениями ее мышц и движением ресничек эпителиальных клеток.

Яичник — парный орган, является парной половой железой. Его размер — 2,5 × 1,5 × 1 см. С маткой яичник связан собственной связкой, которая располагается между двумя листками широкой связки матки.



## Глава 2

# Физиологические особенности женского организма

Важную роль в возникновении инфекционных заболеваний половых органов играет так называемая нормальная микрофлора половых путей. Микроорганизмы, постоянно существующие в половых путях, могут при определенных условиях стать вирулентными и участвовать в развитии заболевания.

Для того чтобы говорить о заболеваниях женской половой системы, необходимо вкратце затронуть вопросы физиологии и строения половой системы женщины. Нужно подчеркнуть, что функции половых органов тесно связаны с деятельностью других органов и систем и подвержены возрастным изменениям. Различают следующие периоды жизни женщины, характеризующиеся анатомо-физиологическими особенностями:

- детство;
- период полового созревания;
- период половой зрелости;
- переходный (климактерический) период;
- постклимактерический период (пожилой возраст, старость).

Период полового созревания начинается обычно с 9—10 и продолжается до 15—16 лет. Половое созревание

ние и формирование женского организма полностью завершаются примерно к 17—18 годам. Время полового созревания подвергается индивидуальным колебаниям, а также зависит от климатических, бытовых и других условий. В период полового созревания усиливается рост, происходит формирование женского типа телосложения, вторичных половых признаков.

Период половой зрелости продолжается около 30—35 лет и характеризуется активностью всех специфических функций организма женщины, направленных на деторождение. В период половой зрелости у женщин нередко возникают заболевания половых органов, связанные с инфекционными процессами, травмами и другими причинами.

Климактерический период начинается в конце периода половой зрелости, в возрасте 45—47 лет, и продолжается 2—3 года. В это время прекращается детородная функция, нарушаются, а затем прекращаются менструации. Прекращение менструаций вызывает быстрое увядание всех жизненных функций организма женщины и снижение ее трудоспособности. Старение начинается значительно позднее наступления менопаузы.

Женская половая система складывается из парных яичников, маточных труб, матки, влагалища, наружных половых органов, а также молочных желез. Женские половые органы делят на наружные и внутренние. Функция женской половой системы — репродуктивная. Разные органы системы специализированы для выполнения конкретных задач.

К наружным половым органам относят лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища и промежность.



## Глава 3

### Сифилис

#### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Сифилис — это венерическая болезнь, которая поражает все органы и системы человеческого организма. Без лечения болезнь может протекать долгие годы. А чем дольше она остается нераспознанной, тем злокачественнее и опаснее становятся изменения в организме.

Заражение сифилисом происходит через поврежденную кожу или слизистые оболочки. Входные ворота, через которые проникает возбудитель болезни, могут быть столь незначительными, что остаются незамеченными обследователем.

Основной путь передачи — половой. Случай бытового заражения сифилисом встречаются крайне редко.

Как же предохраниться от сифилиса?

Прежде всего пользуйтесь презервативами при случайных половых связях. Хотя это, к сожалению, не 100%-ная защита, но все-таки вероятность заражения значительно уменьшается.

Лучше всего знать точно, с кем вы ложитесь в постель. Надо помнить, что все в этом мире относительно и что все половозрелое население, вступающее в половые связи, может являться потенциальной группой риска.

## КЛАССИФИКАЦИЯ СИФИЛИСА

Принятая в нашей стране классификация сифилиса основана на признании строгой его периодизации.

После инкубационного периода наступают:

- первичный серонегативный сифилис;
- первичный серопозитивный сифилис;
- первичный скрытый сифилис;
- вторичный свежий сифилис;
- вторичный рецидивный (нелеченный) сифилис;
- вторичный рецидивный (ранее леченный) сифилис;
- вторичный скрытый сифилис: указывается результат серологических реакций и в скобках — первоначальный диагноз;
- серорецидивный сифилис обозначается как «вторичный скрытый сифилис, серологический рецидив»;
- скрытый серорезистентный сифилис;
- скрытый серофиксированный сифилис; серорезистентный сифилис, иногда серологические реакции остаются положительными после дополнительного лечения, включая неспецифические методы воздействия, при условии, что комплексное обследование не выявляет патологии;
- третичный активный сифилис;
- третичный скрытый сифилис;
- сифилис скрытый ранний. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией давностью менее 2 лет после заражения;
- сифилис скрытый поздний. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией давностью 2 года и более с момента заражения;

— скрытый сифилис неуточненный. Случай с положительной серологической реакцией на сифилис при невозможности установить сроки заражения. В эту группу включаются лица, начавшие лечение в не установленной в прошлом стадии сифилиса;

- ранний врожденный сифилис. Врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского (до 2 лет) возраста;
- поздний врожденный сифилис — более 2 лет давности;
- скрытый врожденный сифилис: в скобках указывается первоначальный диагноз;
- сифилис первой системы ранний — при давности сифилитической инфекции до 5 лет;
- сифилис первой системы поздний — при давности сифилитической инфекции свыше 5 лет;
- спинная сухотка;
- прогрессирующий паралич;
- висцеральный сифилис с указанием пораженного органа.

## ЛЕЧЕНИЕ

Мягкий шанкр сегодня успешно лечится антибактериальными сульфаниламидными средствами. Но надо помнить, что важно вовремя распознать болезнь и своевременно начать лечение во избежание осложнений.

Меры предосторожности и профилактики такие же, как при других венерических заболеваниях: следует избегать случайных половых связей, т. е. необходимо пользоваться презервативами, при малейшем подозрении на неблагополучие — обращаться к врачу.





## Глава 4 Гонорея

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Гонорея — любимая болезнь госпожи Венеры, покровительницы влюбленных. Ведь это самое частое заболевание, передающееся половым путем. Уж если вы столкнулись с ее возбудителем — гонококком, будьте уверены — заболите. Возбудитель гонореи, как опытный стрелок, всегда попадет в «яблочко». Этот возбудитель в процессе эволюции приспособился паразитировать на слизистых оболочках.

В настоящее время гонорея относится к одной из самых распространенных бактериальных инфекций. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, ежегодно гонореей на земном шаре заболевает не менее 150 млн человек. Заражение происходит только половым путем.

У дам даже «свежая» гонорея проявляет себя весьма вяло. Желтые выделения не так обильны. А поскольку какие-то выделения из влагалища у женщин практически всегда есть, на них просто не обращают внимания. Могут беспокоить боль при мочеиспускании, зуд, жжение в области половых органов, но неприятные ощущения обычно быстро проходят без всякого лечения. Не чувствуя себя больной, женщина не обращается к врачу, ведет обычный образ жизни, являясь между тем ис-

точником инфекции. У женщин гонококки внедряются вначале в уретру, шейку матки, а затем могут попадать в матку, маточные трубы и яичники.

Инкубационный период при гонорее обычно составляет 3—5 дней, но может колебаться от 1 до 15 дней и более. Если заболевание продолжается менее 2-х месяцев, то принято говорить о «свежей» гонорее.

### ЛЕЧЕНИЕ

Гонорея требует обязательного подтверждения в лаборатории. Многие воспалительные процессы в мочеполовой системе человека начинаются после случайных половых связей и весьма напоминают гонорею. Поэтому для успешного лечения нужно установить причину болезни. Это может сделать только врач-специалист. Ни в коем случае не занимайтесь самолечением, а тем более никогда не слушайте советов «опытных друзей», которые раз по 10 переболели триппером и другими венерическими заболеваниями и утверждают, что они знают, как излечить болезнь, не хуже любого врача. Это только кажется, что можно выпить какие-то антибиотики и все пройдет.

Для лечения гонореи в стационар ложиться необязательно, обычно ее лечат амбулаторно.

Во время лечения запрещается половая жизнь, даже с использованием презерватива. Не следует купаться в бассейнах, других водоемах. Придется отказаться от катания на велосипеде, не стоит много ходить пешком или бегать, поднимать тяжести, чтобы не нагружать мышцы низа живота.

В обследовании и лечении нуждаются и близкие больного гонореей. Окончив лечение, больные проходят контрольное наблюдение и несколько раз обследу-





ются у врача. Только после установления окончательно-го излечения разрешается возобновить половую жизнь.

Общезвестно, что легче предупредить заболевание, нежели лечить его.

Профилактика заключается в следующем:

- ограничьте количество половых партнеров. Чем их меньше, тем ниже риск заражения;
- избегайте случайных половых связей;
- регулярно проверяйтесь на гонорею и другие венерические заболевания.

Цель лечения — устранение специфического воспалительного процесса в организме, вызываемого гонококком. Задачи лечения: ликвидировать возбудителя в организме, повысить сопротивляемость макроорганизма и пораженных тканей. Терапия должна быть комплексной и включать этиотропное, патогенетически обоснованное, симптоматическое, иммуностимулирующее, местное противовоспалительное, физиотерапевтическое лечение.

Условия радикального излечения:

- максимально ранняя диагностика и немедленное начало лечебных мероприятий;
- точное определение показаний к госпитализации.

Лечению в стационаре подлежат: острая и подострая осложненная и восходящая гонорея; вялотекущая «свежая» гонорея нижнего и верхнего отделов мочеполовой системы; хроническая гонорея, особенно у беременных, работников детских учреждений, лиц, проживающих в общежитиях, а также лиц, не указавших источника заражения; рецидивы гонореи.

Общие принципы лечения: «свежую» неосложненную гонорею лечат амбулаторно; госпитализируют по социальным показаниям. При острой и подострой неосложненной гонорее нижнего отдела уrogenитального тракта у женщин и детей назначают антибиотики.

Местное лечение проводят только при наличии противопоказаний к антибиотикам или вообще не используют. Основными антибиотиками являются препараты группы пенициллина. По истечении 7–10 дней после окончания лечения антибиотиками приступают к определению излеченности.

При остро протекающих неосложненных рецидивах показана смена антибиотиков — на тетрациклин, макролиды, аминогликозиды; при вялотекущих рецидивах вначале показаны местное лечение и иммунотерапия (1-й этап), а далее — антибиотикотерапия (2-й этап). Последовательность лечебных мероприятий в острой стадии заболевания следующая: бензилпенициллин на фоне аутогемотерапии; иммуно- и физиотерапии — после уменьшения острых явлений воспаления; завершающий этап — местная терапия.

Последовательность лечения при вялотекущих и хронических формах гонореи зависит от места лечения:

- стационар — вначале показаны иммунотерапия и местное лечение (1-й этап), затем — антибиотики (2-й этап);
- амбулаторное лечение — совместное проведение антибиотико- и иммунотерапии (1-й этап), а далее — местное лечение (2-й этап).

При неустановленном (предполагаемом) источнике заражения или половых контактах лечение проводят по схеме терапии хронической гонореи. Для профилактики побочного отрицательного действия антибиотиков накануне (за 20–30 мин) назначают антигистаминные препараты (димедрол, диазолин, тавегил, пипольфен, супрастин и т.п.).





# Глава 5

## Трихомониаз

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Трихомониаз — одно из самых распространенных заболеваний мочеполовой системы человека. По данным ВОЗ, ежегодно в мире им заражаются более 250—300 млн человек.

Влагалищная трихомонада — возбудитель трихомониаза — представляет собой одноклеточный микроорганизм. Трихомонада имеет овальную или грушевидную форму, снабжена жгутиками, благодаря которым активно движется. Она может существовать только в мочеполовой системе человека. Во внешней среде влагалищная трихомонада быстро погибает.

Малая устойчивость возбудителя во внешней среде способствует тому, что это заболевание распространяется среди населения, как правило, половым путем. В очень редких случаях женщины и девочки могут заразиться в быту через общие мочалки, полотенца, нижнее белье и т. д.

Заболевание одинаково часто наблюдается как у мужчин, так и у женщин. Однако у последних трихомониаз значительно чаще протекает с более выраженными признаками. Инкубационный период длится 10—14 дней. Но иногда он сокращается до 2—3-х дней или, наоборот, удлиняется до 1 месяца и более.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ТРИХОМОНИАЗА

По течению различают:

- 1) свежий трихомониаз (острый, подострый и торпидный);
- 2) хронический (при давности заболевания свыше 2 месяцев);
- 3) трихомонадоносительство.

Формы проявления:

- 1) трихомонадный вагинит;
- 2) трихомонадный уретрит;
- 3) трихомонадный бартолинит.

### Вагинит

Вагинит — самая частая форма трихомониаза. Трихомонады выделяются из влагалища почти у всех зараженных женщин. При остром вагините появляются обильные жидкие, гнойные, часто пенистые бели, что многие авторы приписывают сопутствующим газообразующим бактериям. Иногда воспаление выражено чрезвычайно сильно, а газообразование весьма интенсивно. Изредка бывают разъедающие выделения с примесью крови, диффузная гиперемия.

Хронический вагинит нередко протекает без заметных симптомов, но периодически появляются зуд половых органов и выделения.

### Вульвит и вестибулит

При остром воспалении возникают жжение в области наружных гениталий, бели, зуд. Кожа больших половых губ и слизистая оболочка преддверия отечны, гиперемированы, покрыты выделениями. В бороздках

между девственной плевой и малыми половыми губами застывает гной, после удаления которого видны мелкие эрозии. Иногда развивается дерматит внутренней поверхности бедер. При хроническом процессе отмечается очаговая гиперемия слизистой оболочки вульвы.

### Уретрит

Уретра инфицируется у большинства больных трихомонозом женщин, причём уретриту  $1/3$  женщин даже в острой стадии остаётся субъективно бессимптомным, а у остальных имеются дизурические расстройства.

Хронический трихомонадный уретрит обычно не даёт субъективных ощущений. Уретра нередко прощупывается в виде уплотнённого тяжа; отделяемое скудное. Почти у половины женщин трихомонады могут быть обнаружены в парауретральных протоках.

### Бартолинит

Бартолинит характеризуется болезненностью и появлением припухлости в нижней трети половых губ. Клинические проявления не отличаются от клиники гонорейных бартолинитов. Трихомонадные бартолиниты стали встречаться не реже гонорейных. При закрытии устья протока образуется ложный абсцесс. Общие расстройства отсутствуют, температура тела не повышается, отмечается боль в области бартолиниевой железы.

### Эндоцервицит

При трихомонадном вагините закономерно в процессе вовлекается наружная часть шейки матки. При эндоцервиците шейка матки отечна, есть участки гиперемии.

Из канала вытекают выделения. В результате образуется эрозия, чаще в задней области зева. Возможна восходящая трихомонадная инфекция.

### ЛЕЧЕНИЕ

При острых и подострых неосложнённых формах трихомоноза терапия ограничивается назначением специфических противотрихомонадных средств внутрь. В затянувшихся, осложнённых и хронических случаях этиотропное лечение дополняют методами неспецифической стимуляции иммунных реакций организма и местным лечением. При смешанных инфекциях противотрихомонадные препараты сочетают с соответствующими антимикробными средствами.

Местная терапия отчетливо ускоряет разрешение воспалительных изменений даже при остром процессе.

Итак, чтобы не пропустить у себя трихомоноз, надо проследить, нет ли у вас следующих симптомов:

- жжения во время мочеиспускания, зуд;
- слизисто-гнойных, слизистых, пенистых выделений (они могут быть незначительными);
- внезапных, непредсказуемых и непреодолимых позывов к мочеиспусканию;
- частых позывов к мочеиспусканию;
- болезненных половых сношений, в некоторых случаях — болей в нижней части спины (у женщин).

Цель лечения — ликвидация воспалительного процесса в урогенитальном тракте, вызванного трихомонадой и (или) протозойно-бактериальными микстатами.

При проведении терапии должны соблюдаться следующие условия:

- определённые санитарно-гигиенические мероприятия;



- обязательное лечение полового партнера;
- дистансерное наблюдение и реабилитация.

Санитарно-гигиенический режим предусматривает отказ от половой жизни и употребления спиртных напитков на период лечения или половую жизнь через презерватив; во время менструации исключается местное лечение; ежедневный гигиенический душ; бритье волос на наружных половых органах; ежедневная смена нательного белья и его проглаживание; запрещается пользование общей постелью, полотенцем, ванной; перед проведением местных процедур необходимо опорожнение мочевого пузыря, обмывание наружных половых органов теплой водой с мылом.

Показаниями к проведению терапии являются клинические проявления трихомониаза, наличие трихомонадоносительства.

Местная терапия при данном заболевании в последние годы утратила значение ведущей. Однако с целью повышения эффективности и более быстрого купирования воспалительного процесса ее назначают в ряде случаев как компонент комплексной терапии.

### НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Аппаратная физиотерапия (АФТ) используется относительно редко. В острой фазе воспаления возможно УФ-эритемными дозами (2—3 биодозы) сегментарной зоны по типу гинекологические «труссы» (7 процедур ежедневно) или облучение КУФ-лучами наружных половых органов в сочетании с общим УФ-облучением по ускоренной схеме. Парафиновые вагинальные тампоны выступают в роли дополнительного средства специфической терапии. Используют также грязевые тампоны из иловой и торфяной грязи.

Индуктотермия солнечного спектра усиливает гормональную функцию яичников, нормализует рН влагалища. Цикловая физиотерапия показана при сочетании специфического воспалительного процесса с эндометриозом, сальпингоофоритом. В отдельных случаях эффективен влагалищный электрофорез с пчелиным медом.

### ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ

Наиболее часто используют гелий-неоновый лазер (длина волны 0,63 мкм). Методика воздействия — дистанционная рассеянным пучком, плотность мощности до 100 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция 10 мин. Улучшает местную гемодинамику, трофику, действует противовоспалительно, нормализует биоценоз влагалища. Допустимо применение УФ-лазерного излучения (длина волны 0,337 мкм, аппарат ЛГИ—505). Методика сканирующая, плотность мощности 6—7 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция 5—10 мин, количество процедур 2—3; ИК-лазер (длина волны 0,89 мкм) применяют, используя комплект специальных насадок по влагалищной методике, частота импульсов 300 имп/мин, экспозиция 128—256 с, курс — 7—10 процедур



# Глава 6

## Хламидиоз

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Хламидиоз — это инфекционное заболевание, передающееся половым путем. На сегодняшний день ученые признают хламидиоз самой распространенной болезнью в мире, передаваемой половым путем.

Возбудитель урогенитального хламидиоза у человека — хламидия трахоматис, микроорганизм с уникальным циклом развития, включающим две различные по морфологии и биологическим свойствам формы существования.

Инкубационный период продолжается 20—30 дней. Заболевания хламидийной этиологии характеризуются длительностью течения, недостаточной отчетливостью, склонностью к рецидивам. Клинические проявления хламидиоза неспецифичны, сходны с симптомами заболеваний, вызванных другими микроорганизмами, в том числе разными видами кокковой флоры, трихомонадами и иными возбудителями.

### УРЕТРИТ

Хламидийный уретрит сопровождается незначительными субъективными жалобами. Больных беспокоит зуд в мочеиспускательном канале, боль в начале мо-

чеиспускания, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. Преддверие влагалища также может быть вовлечено в патологический процесс, вызываемый хламидиями, с преимущественной его локализацией в складках и области наружного отверстия мочеиспускательного канала или между клитором и уретрой. Из инфицированных хламидиями складок при давлении сбоку появляется слизистое отделяемое.

### ХЛАМИДИЙНЫЙ БАРТОЛИНИТ

Симптомы заболевания выражены не резко. Отмечаются выделения, больные жалуются на периодический зуд в области наружных половых органов. Частым признаком поражения протока становится обнаруживаемое при осмотре гиперемированное пятно величиной с горошину с центральной темно-красной точкой, соответствующей устью выводного протока железы. В ряде случаев хламидийного бартолинита в воспалительный процесс вовлекается окружающая ткань, что приводит к образованию болезненного инфильтрата, который располагается сбоку, у входа во влагалище.

### ВАГИНИТ

Хламидийный вагинит — редкое проявление хламидийной инфекции, практически не встречается у женщин с нормальным гормональным фоном.

### ЦЕРВИЦИТ

Хламидийный цервицит часто не вызывает жалоб, в ряде случаев клинически проявляется незначительными выделениями из влагалища. Иногда больные жалу-



ются на ощущение влажности в половых органах, ощущение тяжести с небольшими болями в пояснице при менструации.

## САЛЬПИНГИТ

Хламидийный сальпингит встречается довольно часто. Хламидии распространяются последовательно из шейки матки в полость и достигают труб, вызывая в них воспалительный процесс.

При хламидийной инфекции также, как и при гонорее, нередко наблюдается двустороннее поражение труб матки. При распространении инфекции через брюшное отверстие маточной трубы в процесс обычно вовлекается яичник.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение проводят комплексное: антибиотики широкого спектра действия, иммуностимулирующая, противовирусная терапия, местная терапия (инстилляции, физиопроцедуры).

Итак, чтобы не пропустить болезнь, следует обращать внимание на следующие симптомы:

- слабые бледно-желтые или скудные слизистые выделения;
- жжение во время мочеиспускания, частые позывы к мочеиспусканию;
- болезненные половые сношения у женщин;
- ненормальное вагинальное кровотечение, кровотечение после полового акта.

Основные принципы лечения: ранняя диагностика и своевременное начало терапии; одновременное лечение обоих партнеров; при выборе химиопрепаратов

следует учитывать эффективность их действия на хламидии *in vitro* и степень выраженности иммунодефицита, на всех этапах лечения применяют комбинированную терапию; выбор средств и эффективность препаратов зависят от этиологии, патогенеза и развития осложнений заболевания; при индивидуальной терапии обязательно учитывают локализацию воспалительного процесса, характер патологических изменений и общее состояние организма.

При комплексной и индивидуальной терапии, применяемой при инфекционных заболеваниях, передающихся половым путем, соблюдают ряд общих принципов: запрещение алкоголя, острой пищи, приностей, чрезмерной физической нагрузки. При первичном выявлении хламидиозов другой локализации обязательна санация латентных очагов хламидиоза; одновременно проводят лечение сопутствующих заболеваний, тщательную профилактику хламидиоза (эритромицин по 500 000 ЕД 4 раза в день в течение 10 дней).



# Глава 7

## Урогенитальные

инфекции,

вызванные вирусом

простого герпеса

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Герпетическая инфекция распространена повсеместно. По данным ВОЗ, у 80–90 % взрослых людей выявляют антитела к простому герпесу. О герпетических недомоганиях половых органов как-то не принято говорить вслух. Между тем в нашей стране, по данным на 1998 год, больных генитальным герпесом в хронической форме — 20 млн человек! В зависимости от состояния иммунной системы рецидивы могут случаться 2–3 раза в год, а то и каждый месяц с продолжительностью в 2–3 недели.

Вирусы простого герпеса и цитомегаловирус находятся в слюне, сперме, слезах, крови, моче, спинномозговой жидкости. Недавно российские ученые обнаружили их даже в материнском молоке!

### ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Человек заразен только во время рецидива. Скрытый период может продолжаться от нескольких дней до нескольких лет. Вирус ждет благоприятной ситуации, что-

бы вырваться наружу: переохлаждение, стресс, беременность — все, что угодно, может дать толчок болезни, особенно на фоне ослабленного иммунитета.

У женщин фактически во всех случаях поражения половых путей происходят при половых контактах. Первые проявления герпеса, обычно наиболее болезненные, возникают примерно через 1–2 недели после контакта с инфицированным лицом. Могут наблюдаться жжение во время мочеиспускания, нечувствительность, покалывание или жгуче-жалящее ощущение в вульве. Появляются мелкие красные выпуклости диаметром около 12 мм на вульве, в центральной отверстии, на клиторе, вокруг ануса или на ягодицах.

Иногда они располагаются в вагине, на шейке матки, где меньше нервных окончаний, поэтому болезненных ощущений может и не быть. Выпуклости скоро увеличиваются в высоту и покрываются белыми пузырьками, приобретая вид усыпанных прыщиками пятен, обычно вызывая ощущение жгучего покалывания или боли и жжения при дотрагивании. Жидкость, находящаяся внутри пузырьков, крайне заразна. В течение 2–3 дней пузырьки превращаются в слегка углубленные мокнущие язвы (эрозии) розового цвета с твердыми краями. Язвы столь же болезненны и заразны, как и пузырьки, заживают и исчезают в течение 7–10 дней. У некоторых больных отмечаются лихорадка, головные боли, увеличение лимфоузлов. Первос проявление герпеса может длиться около 3 недель.

По данным ученых, более 80 % людей, подвергшихся проявлению генитального герпеса, в течение года испытывают и второс. Вирус продолжает присутствовать в организме. В этот период болезнь может передаваться через периодически отслаивающиеся мелкие чешуйки кожи гениталий, сперму или вагинальные выделения.

Всегда есть возможность заразиться от женщины, не подозревающей о том, что она больна.

Любой вирус — это внутриклеточный паразит. Уникальность вируса герпеса состоит в том, что он встраивается в генетический аппарат клетки. Поэтому сейчас врачи могут сделать только одно — заставить вирус сидеть тихо в клетке. Чаще всего герпес проявляется синдромами амиотрофического бокового склероза или спинального глиоза.

## ЛЕЧЕНИЕ

При проведении лечения герпетической инфекции могут возникать определенные трудности. Они обусловлены следующими факторами:

1) уникальностью патогенеза инфекции — сопровождается формированием иммунодефицитного состояния; тенденцией к тяжелому скоротечному или неуклонно прогрессирующему, хронически протекающему течению;

2) отсутствием разработанной тактики и стратегии специфической противовирусной терапии, направленной на обеспечение главного — подавления или блокирования основного этапа в патогенезе любой клинической формы герпетической инфекции. Современная стратегия противовирусной терапии предполагает обязательное сочетание применения препаратов, специфически воздействующих на разные стадии репродукции вируса.

Тактика специфического лечения предусматривает:

- а) профилактику обострений и осложнений заболевания;
- б) достижение устойчивой ремиссии.

При проведении терапии герпетической инфекции наиболее приемлемы два подхода. Первый — сочетан-

ное использование антигерпетических препаратов с различным механизмом действия. При этом преследуются следующие цели: снижение доз препаратов, уменьшение их токсического действия, предотвращение формирования резистентных штаммов; второй — сочетанное использование этиотропных препаратов и иммунобиологических веществ (интерферон, интерфероноген, иммуномодуляторы, иммуноглобулин), воздействующих на определенные механизмы патогенеза.

Человеческий лейкоцитарный интерферон и дезоксирибонуклеазу применяют в период рецидива. Препарат разводят перед употреблением дистиллированной водой, наносят с помощью марли на очаг поражения (на 5—7 мин). Во всех случаях местного проявления герпетической инфекции лекарственные препараты используют местно (орошения, аппликации, туширования, инстилляций).

Для профилактики вторичной инфекции применяют местно мази с антибиотиками, подсушивающие, антисептические средства (цинк, тальк, каолин, ромашка, марганец, красители).

## ЦЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Наиболее эффективна лазеротерапия (гелий-неоновый лазер): длина волны — 0,63 мкм, методика контактная (через световод) или дистанционная, плотность мощности на одно поле — 2,5 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция — 8—10 мин, курс лечения — 15—20 сеансов. Для потенцирования эффекта целесообразно сочетание лазеротерапии с местными аппликациями противовирусных средств.





# Глава 8

## Микозы женских половых органов

Вызываются самыми разнообразными видами грибов в организме.

### КАНДИДОЗ, КАНДИДАМИКОЗ

Является грибковым заболеванием слизистых оболочек, кожи и внутренних органов человека и животных, обусловленным дрожжеподобными грибами.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

По течению различают:

- 1) острый;
- 2) подострый;
- 3) хронический.

Форма проявления:

- 1) кандидозный вагинит;
- 2) кандидозный вульвит;
- 3) кандидозный уретрит, эндоцервицит и цистит.

### ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Лечение больных микозами должно быть комплексным и основано на принципах курсовой терапии: воздействие на этиологический фактор с помощью про-

отивогрибковых антибиотиков или других препаратов; устранение или ослабление действия выявленных патогенетических факторов; уменьшение выраженности аллергии и аутоаллергии; повышение специфической и неспецифической иммунологической реактивности.

Для проведения адекватного лечения определяют степень тяжести и распространенности патологического процесса у больной, стремятся к освобождению (по возможности) организма от *Candida*, устраняют фоковую и сопутствующую патологию; назначают диетический режим (ограничение углеводов на фоне присма антигистаминных средств).

Лечение больных кандидозом гениталий осуществляют противогрибковыми антибиотиками и синтетическими препаратами. 1-я группа — полиеновые антибиотики. Амфотерицин В имеет широкий спектр антигрибкового действия, ингибирует рост трихомонад. 50 000 ЕД препарата растворяют в 500 мл 5%-ного раствора глюкозы, вводят внутривенно капельно (20—30 кап/мин) в течение 3—6 ч ежедневно, через день, 2—3 раза в неделю. При хорошей переносимости и ежедневном применении делают двухдневные перерывы между 5—6-м, 10—11-м, 15—16-м вливаниями. После 20-й инфузии показана 7—10-дневная пауза с дальнейшим повторным курсом лечения. Длительность лечения — не менее 4—8 недель, общая доза на курс 1 500 000—2 000 000 ЕД. Амфоглюкамин (таблетки с пленочным покрытием) назначают внутрь по 200 000 ЕД 2 раза в сутки после еды. При хорошей переносимости дозу увеличивают до 500 000 ЕД 2 раза в сутки. Курс лечения — 10—14 дней. Можно также использовать разовые дозы местно в 4 мл 20%-ного диметилсульфоксида. Микогентин эффективен при кандидозе, сопутствующем трихомониазу. Назначают внутрь по 200 000—250 000 ЕД 2 раза в сутки.



Средняя суточная доза — 600 000—1 000 000 ЕД, длительность лечения — 10—14 дней. Курсовая доза — 10 000 000—14 000 000 ЕД. Противопоказан при беременности.

Нистатин является препаратом выбора при кандидозе кожи, слизистых оболочек, пораженных гениталий, кандидоносительстве. При приеме внутрь разовая доза нистатина колеблется от 500 000 ЕД до 1 000 000 ЕД, средняя суточная — в пределах 6 000 000—8 000 000 ЕД. При генерализованном кандидозе суточная доза нистатина составляет 6 000 000—10 000 000 ЕД. Средняя продолжительность курса — 14 дней. Для местного лечения используют 10% цию нистатиновую мазь 2 раза в сутки, свечи и влагалищные шарики, содержащие 250 000 ЕД нистатина, инсуффляцию порошка нистатина во влагалище. Свечи ректальные и влагалищные (250 000 ЕД) вводят 2 раза в сутки глубоко во влагалище и прямую кишку на протяжении 10—14 дней. Проводят 2—3 курса с интервалом в 8—10 дней. Наиболее целесообразно сочетание нистатина с другими лекарственными средствами (бура — 40,0 г, глицерин — 80,0 г, нистатин — 3 000 000 ЕД, вода дистиллированная — до 200,0 мл, очаги кандидоза обрабатывают в течение 10—14 дней; или бура — 0,5 г, норсульфазол — 0,3 г, борная кислота и осарсол — по 0,25 г, натрия бикарбонат — 1,0 г, нистатин — 500 000 ЕД, глюкоза — 0,25 г, масло какао — 2,0 г, влагалищные свечи в течение 10—14 дней).

При кольпите, микозном уретрите используют водный раствор нистатина или натриевой соли леворина (20 000 ЕД в 1 мл воды), который вводят во влагалище и уретру через катетер; проводят 3 курса терапии с интервалом в 10 дней.

Длительность первого курса — 3 недели, второго — 10 дней, третьего — 7 дней. В перерывах между курсами

осуществляют местное лечение: присыпки (сода, борная кислота); спринцевания 2%-ным раствором бикарбоната натрия (сода), перманганата калия (1 : 600—1 : 10000), 1—2%-ным раствором танина (2—3 раза в день) с последующим введением на 8—10 ч во влагалище тампона с 10—20%-ным раствором буры в глицерине (натрия тетраборат — 5,0/10,0 г, глицерин — 100,0 г) или красителей (метиленовый синий — 3,0 (4,0) г, дистиллированная вода — 100,0 мл).

При реинфекции после лечения полисенами или имидазолами показана терапия борной кислотой (порошок, капсулы) — по 600 мг в течение 14 дней; менее эффективен 1—3%-ный раствор калия сорбита или 1%-ный раствор генцианового фиолетового.

Леворин — это антибиотик, который эффективен при дрожжеподобных грибах и трихомонозе. Используют внутрь по 400 000—500 000 ЕД 2—3 раза в день в течение 10—12 дней, или в виде порошка для инсуффляций (2 000 000 ЕД), или мази (1,0 г содержит 500 000 ЕД). Целесообразно сочетать 500 000 ЕД леворина с 1,0 г грамицидиновой пасты для обработки очагов кандидоза-трихомоноза в течение 10—15 дней.

2 я группа — производные имидазолов и триазолов (миконазол, клотримазол, бугоконазол, кетоконазол, или низорал). Клотримазол (канестен, антифунгол) обладает фунгицидным и фунгистатическим действием. Применяют местно в виде вагинальных таблеток или кремов (гель). Известны 3 схемы использования вагинальных таблеток: 1) 600 мг вводят во влагалище однократно (вся курсовая доза); 2) по 100 мг/сут в течение 6 дней (таблетку вводят глубоко во влагалище); 3) по 100—200 мг/сут в течение 7—14 дней. Обработку очагов кандидоза кремами и мазями с клотримазолом (канестеном) проводят 2 раза в день в течение 7—10 дней.

Низорал (кетоконазол 200 мг) обладает широким спектром противогрибкового действия. Противопоказан беременным в период лактации. Назначают по 2 таб в день (400 мг/сут) в течение 14 дней, но чаще — 5 дней. С профилактической целью используют в дозе 200 мг/сут длительно (2—5 месяцев).

Амиказол (димазол) используют при кандидозном поражении кожи наружно в виде 5%-ной мази или 2—5% пой присыпки. Микозолон — мазь, содержащая 300 мг (2%) миконазола и 37,5 мг (0,25%) денерзолон, обладает фунгицидной и противовоспалительной активностью при местном поражении микозом кожи. Нитрофунгин назначают при кандидозе кожных покровов. Пораженные места смазывают 2—3 раза в день, а после исчезновения клиники — 1—2 раза в неделю в течение 4—6 недель.

3-я группа — производные хинолинов (энтеросептол, нитроксалин, декамин). Общее лечение — см. «Трихомониаз».

Декамин обладает антибактериальной и противогрибковой активностью, его используют местно при молочнице (карамели по 0,00015 г) или при поражении кожи (мазь 0,5—1%). Для лечения микотических кольпитов 10%-ный раствор димексид (смоченная турунда) вводят во влагалище на 7—8 ч в течение 10—14 дней. Для этих целей применяют также сложные мази: 1) сок каланхоэ — 25,0 г, димексид 100%-ный — 5,0 г, ланолин (вазелин) — 70,0 г; 2) фуразолидон — 1,5 г, трихопол — 2,5 г и (или) димексид 20% шый — 4,0 г, ланолин (вазелин) — 70,0 г. Мазью обрабатывают очаги сопутствующего трихомониаза.

Батрафен (циклопироксоламин) обладает широким спектром антибактериальной и противогрибковой активности. Применяют при вульвовагините с переходом на

кожу вульвы в виде раствора или крема 2—3 раза в сутки (1 мл раствора и 1 г крема содержат 10 мг чистого вещества). При неэффективности лечения курс повторяют, сменив при этом препарат, кратность, интервалы между приемами, общую продолжительность: 1) дополнение общего лечения местными антифунгицидными средствами; 2) воздействие на очаги экстрагенитального кандидоза; 3) использование адаптогенов (метилурацил, инсулин, адаптогены) по рецепту: инсулин — 0,2 (8 ЕД), глюкоза — 0,6 г, метилурацил — 0,5 г, масло какао — 2,0 г; назначение вагинальных свечей; 4) применение десенсибилизирующих средств (30%-ный раствор тиосульфата натрия — по 10 мл внутривенно в течение 10 дней; антигистаминные препараты — в среднетерапевтических дозах), иммунокорректоров (декарис, продигозан и др.).

## МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Включает обработку влагалища растворами (10—20%-ный тетраборат в глицерине, раствор Льюголя); мазями — в виде монотерапии (клотримазол, леворин, нистатин, декамин, микосептин) или сочетанием последовательно обработки нистатиновой мазью в течение 3 дней с переходом на аппликации метилурациловой (5—10%) или ацеминовой мазями.

## АКТИНОМИКОЗ

Относится к редким заболеваниям женских половых органов. Цель лечения — купирование специфического воспалительного процесса. Лечение может быть консервативным и хирургическим. Наиболее эффективно применение актинолизата (специфический иммунопрепарат) — по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю.



Лечение проводят амбулаторно, курс — 25 инъекций, длительность — 3 месяца; антибактериальная терапия (сульфаниламиды — в течение 3—4 недель; антибиотики — в зависимости от чувствительности вторичной микрофлоры); аутогемотерапия — ежедневно, всего на курс 3—4 переливания; витамины назначают в среднетерапевтических дозах, дезинтоксикационное лечение — по показаниям; для коррекции иммунодефицита показан диуцифон внутрь — по 0,1 г 3 раза в день или внутримышечно в виде 5%-ного раствора по 5 мл через день в течение 3—4 недель.

### НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Местно на очаг поражения назначают ультразвук по общепринятой схеме в течение 12—25 дней (в зависимости от состояния больной и очага повреждения).

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Может быть паллиативным и радикальным. Показанием к паллиативной операции является наличие абсцесса, флегмоны или гнойного затека; к радикальной (иссечение очага повреждения) — отсутствие эффекта от консервативного лечения и медленный регресс очага повреждения. Противопоказание к радикальной операции — прогрессирование актиномикотического процесса. Лапаротомию производят с учетом локализации свищевого хода и очага поражения. Проводят ревизию очага поражения, его удаление, иссечение свищевого хода, рассечение спаек, удаление придатков.



## Глава 9

# Микоплазменная

## инфекция

### урогенитального

### тракта



### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

В настоящее время наблюдается рост микоплазменной инфекции уrogenитального тракта. Из микоплазм, обнаруживаемых в мочеполовой системе, заслуживают внимания микоплазма хоминис (микоплазмоз) и уреаплазма уреаметитум (уреаплазмоз).

О длительности инкубационного периода у больных микоплазменными поражениями мочеполовых органов до сих пор нет единого мнения. Считается, что продолжительность инкубационного периода может колебаться от 3-х дней до 3—5-ти недель, а по некоторым данным — до 50—60 дней.

По данным литературы, средняя продолжительность инкубационного периода при уретритах, ассоциированных с микоплазмами, составляет 19 дней.

У женщин инфекцию обнаруживают при хронических воспалениях женских половых органов (воспалении яичников, влагалища, цервиксита, пиелонефрите). В зависимости от локализации процесса различают микоплазмоз и уреаплазмоз наружных и внутренних половых



органов. Наиболее часто инфекция обнаруживается во влагалище, в мочеиспускательном канале, преддверии влагалища, поражает железы преддверия. Это и есть микоплазмоз и уреаплазмоз наружных половых органов.

По аналогии с другими болезнями, которые передаются половым путем (гонорея, трихомониаз), микоплазмоз и уреаплазмоз наружных половых органов делят на свежий и торпидный уретрит, цервицит, вульвовагинит с давностью заболевания до 2-х месяцев. Свежие, острые урогенитальные поражения при микоплазмозе и уреаплазмозе наблюдаются редко. Обычно они проявляются кратковременными слабовыраженными ощущениями зуда в области половых органов и скудными выделениями из влагалища и мочеиспускательного канала, которые не вызывают беспокойства у больных.

Микоплазмы и уреаплазмы способны проникать в полость матки через шеечный канал и вызывать в ней воспалительный процесс — эндометрит, что подтверждается нахождением этих микроорганизмов в полости матки при абортах или выкидышах.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение микоплазмоза и уреаплазмоза комплексное. Оно включает в себя применение антибиотиков широкого спектра действия, иммуностимулирующую терапию, физиотерапию, инстилляцию (промывание лекарственными уретры).

Микоплазмы очень чувствительны к антибиотикам тетрациклинового ряда. Необходимо придерживаться соответствующей диеты (исключение алкоголя, пряностей). Лечение необходимо осуществлять обоим половым партнерам одновременно. Учитывая, что микоплазмоз и уреаплазмоз — многоочаговые заболевания, сле-

дует брать материал для исследования из нескольких очагов: уретры, влагалища, шейки матки. Необходимо помнить, что микоплазмоз и уреаплазмоз практически не существуют изолированно. Они часто сочетаются друг с другом и с другими инфекциями.

Следует внимательно следить за собой и своим здоровьем. Если вы заметили какие-либо патологические явления в своем организме, вам обязательно следует обратиться к врачу.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Специфическая противомикоплазменная терапия, позволяющая воздействовать на стадии развития микоплазм, является терапией выбора.

Лечение уреаплазмоза должно быть комплексным и включать средства воздействия на возбудителя заболевания, а также стимуляцию неспецифической сопротивляемости организма (декарис, метилурацил, ацефин, оротат калия, продигозан, аутогемотерапия). Терапии подлежат все мужчины и женщины, у которых выделения микоплазмы из половых органов (есть воспаление у них или нет), а также лица с воспалительными явлениями в мочеполовом аппарате, у которых не обнаружены микоплазмы, а диагноз подтвержден путем кон-frontации.

Лечение супружеских пар, страдающих бесплодием и понижением фертильности вследствие уреаплазмоза, является обязательным. Во всех случаях терапию уреаплазмоза супружеской паре проводят с учетом клинического течения, топического диагноза, стадии болезни, особенностей патологии у конкретного пациента, данных анамнеза и всестороннего обследования больной.



При составлении плана лечения и реабилитации следует помнить, что микоплазмоз — многоочаговое заболевание, требующее совместных усилий разных специалистов.

## ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препаратами выбора являются антибиотики, активные в отношении микоплазм. Лечение уреаплазмоза осуществляют с учетом фазы воспалительного процесса: при остром воспалении достаточно одного из уреаплазмацидных препаратов и терапий других сопутствующих инфекций (если они имеются); подострые формы saniруют комплексом препаратов с применением местной терапии; при хронических или свежих вялотекущих (торпидных) формах проводят комплексную иммуностимулирующую терапию (метилурацил внутрь; пирогенал, продигозан внутримышечно) в сочетании с местной терапией. Через 7—8 дней снижается интенсивность местной терапии, на фоне продолжающейся иммуностимуляции назначают один из уреаплазмацидных препаратов. Подбор лекарственных препаратов при этом определяется особенностями биологии возбудителей, их чувствительностью *in vitro* и *in vivo*.

В клинической практике используют следующие схемы терапии антибиотиками уреаплазмоза половых путей у супружеских пар (общее лечение): доксициклин (вибрамицин) — по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней, доза на курс — 2,0 г, или первая ударная доза — 200—300 мг, далее — по 0,1 г 2 раза в день, на курс 2,0—3,0 г; эритромицин — по 500 мг 4 раза в день в течение 2-х недель; тетрациклин (основной наиболее широко употребляемый препарат) — по 0,5 г 4 раза в день в те-

чение 1—2 недель или по 0,3 г 5 раз в день (10—12 дней), курсовая доза — до 27,0 г. При рецидивах назначают эритромицин — по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дней. Обязательна защита нистатином и витаминами.

Гентамицин вводят параэнтерально — по 40 мг каждые 8 ч в течение 5—7 дней, всего на курс — 600—840 мг (при монотерапии) или в той же дозе в сочетании с доксициклином (0,1 г 3 раза в день, на курс — до 2,5 г).

## МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Выбор определяется давностью заболевания, характером патологического процесса и индивидуальной реакцией организма больного на то или иное раздражение.

На патологический очаг воздействуют медикаментами или физиотерапевтическими способами (фосфорез с 1—3%-ной мазью тетрациклина, 1%-ной мазью эритромицина).

Достаточно эффективен следующий состав лекарственных веществ по прописи: желатин (2%-ный раствор) — 50,0 г, ретинола ацетат (масляный раствор) — 5000 ЕД, ипсулин — 200 ЕД, тетрациклин — 1 000 000 ЕД. Раствор используют в течение 10—12 дней для инстилляции в уретру, мочевой пузырь, для влагалищных ванночек.

Можно также рекомендовать после спринцевания влагалища 4%-ным раствором бикарбоната натрия втирание порошка (из таблетки тетрациклина), или влагалищные ванночки с 3%-ным раствором протаргола (колларгола), или влагалищные свечи (протаргол — 1,5 г, белый сахар — 4,0 г, молочный сахар — 36 г, масло какао — 1,0 г), или влагалищные тампоны с 2%-ным раствором лицевой молочной кислоты (на 24 ч).



## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наиболее показано при восходящем воспалительном процессе в виде АФТ: индуктотермия, электрическое поле УВЧ, электрофорез, ультразвук, фонофорез через тетрациклиновую, эритромициновую мази, импульсные токи низкой частоты, дарсонвализация, озокерит, парафин.



# Глава 10 Методы исследования



### СИФИЛИС

Микроскопическая диагностика (выявление возбудителя). Серологическая диагностика: РСК со специфическим антигеном (кардиолипидный); МР — микрореакция преципитации; реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ); реакция иммунофлюоресценции (РИФ); иммуноферментный анализ (ИФА); реакция пассивной геммагглютинации (РПГА).

### ГОНОРЕЯ

Бактериоскопия (выявление гонококка). Посев на питательные среды. Серологические методы. РСК (реакция Борде-Жангу), РПГА. В процессе изучения ИФА.

### ТРИХОМОНИАЗ

Микроскопическая диагностика (выявление возбудителя). Посев на искусственные питательные среды.

### КАНДИДОЗ

Микроскопическая диагностика (выявление грибов рода *Candida*).





## ГАРДНЕРЕЛЛЕЗ

Микроскопическая диагностика (обнаружение «ключевых» клеток).

## ХЛАМИДИОЗ

Микроскопическая диагностика (выявление хламидий). Цитологическое исследование окрашенных препаратов. Иммунофлюоресцентный метод с использованием моноклональных антител. Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РИИФ). Кожно-аллергическая проба. Изоляция возбудителя в культуре клеток.

## УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ УРЕАПЛАЗМОЗ

Бактериологический метод исследования (тест на уреазу (цветной тест) в жидкой среде с последующим культивированием на плотную среду). Серологические методы. Реакция агглютинации (РА). Реакция связывания комплекта (РСК).

## ТРОПИЧЕСКИЕ ТРЕПОНЕМАТОЗЫ


Микроскопическая диагностика (обнаружение трепонем). Серологические реакции на сифилис положительные.



# Часть II. Бесплодие

## Глава 1

### Бесплодие волеводстве воспалительных заболеваний



Известно, что в 60 % случаев семьи бесплодны по вине женщины, и в 40 % случаев — по вине мужчины. Но так как болезни, передаваемые половым путем, чаще приносят в семью мужчины, то и виноваты они в бесплодии, полученном женой после воспалительного процесса уже не в 40 %, а в большей части случаев. Медицинская статистика констатирует, что за последние пять лет количество воспалительных заболеваний у женщин нашей страны возросло на 30 %, и это повлекло за собой повышение процента бесплодных браков. Специалисты подсчитали, что если у женщины в разное время было 10 партнеров, то риск ее бесплодия возрастает многократно, поскольку половым путем передаются самые разные инфекции, вплоть до вирусных и грибковых.

За первое место среди причин, вызывающих бесплодие, в 50—60-х годах боролись туберкулез и гонорейная инфекция. В наше время с изобретением эффективных противотуберкулезных препаратов эта инфекция встречается реже, но зато резко увеличилось количество больных сифилисом. Заболеваемость этой страшной

Красота и здоровье



инфекцией возросла в 100—300 раз по сравнению с уровнем 10-летней давности. Гонорея дает самое выраженное воспаление внутренних женских половых органов. Непроходимость маточных труб вызывает их воспаление — двусторонний гонорейный салпингит, сопровождающийся нарушением проходимости труб вследствие образования рубцов и спаек. Воспалительные заболевания яичников ведут к бесплодию гораздо реже, чем воспаление труб, однако при хроническом воспалении яичников — оофорите — могут нарушаться процесс овуляции и выход яйцеклетки в маточную трубу. Иногда бесплодие возникает при воспалительных заболеваниях шейки матки (эндоцервициты, эрозии). При этом слизевая пробочка, обычно закрывающая вход в стерильную полость матки, загустевает настолько, что сперматозоиды не могут сквозь нее проникнуть, еще она приобретает кислую реакцию, при которой нежные мужские половые клетки погибают. Кроме того, при этих воспалительных заболеваниях шейки матки на слизистой находится масса лейкоцитов, которые фагоцитируют (пожирают) сперматозоиды, что тоже не способствует наступлению беременности. После пролечения эндоцервицита, эрозии шейки матки, кольпита все приходит в норму, бесплодие заканчивается.

Инфантилизм и недоразвитие половых органов. Эти состояния часто являются причиной бесплодия. Задержка развития половых органов в подростковом возрасте часто сопровождается стойким бесплодием. Обычно анатомическое недоразвитие влечет за собой и нарушение функций этих органов, и гормональную недостаточность. В этих случаях говорят о «детской» матке, маточные трубы удлинены, с узким проходом и малой подвижностью, что затрудняет проход яйцеклетки в матку. Очень редко, но встречаются аномалии развития орга-

нов — атрезия влагалища (т. е. врожденное отсутствие его), врожденное отсутствие матки или придатков. Гинекологи не пришли к единому мнению, является ретрофлексия матки (чрезмерное отклонение матки назад от оси шейки матки, или, как говорят в народе, «загиб» матки) причиной бесплодия или нет. Профессор М. Побединский считает, что непосредственно ретрофлексия матки не является причиной бесплодия, но у 43,1 % наблюдаемых им женщин с таким положением матки, обратившихся к нему по поводу бесплодия, была обнаружена непроходимость труб.

Общие истощающие заболевания и интоксикации. Общие истощающие заболевания (туберкулез, сифилис, нефрит, малярия и другие инфекции, болезни крови) влекут за собой нарушение обмена веществ и соответственно — функции яичников. Если женщина на производстве работает с токсичными веществами — ртутью, мышьяком, свинцом, — это также может нарушить тонкий процесс образования яйцеклеток. Так называемые вредные привычки — курение, алкоголизм, наркомания — несут не сравнимый ни с чем вред женскому организму, вызывая изменения во всех органах, в том числе и в самых уязвимых — половых. Хронические заболевания и интоксикации вызывают преждевременное старение женского организма и ранний климакс. Чтобы вылечить бесплодие, пролечиваются хронические заболевания и проводится очищение организма (об этом мы будем говорить позже). Если женщина мечтает о здоровом ребенке, ей лучше не контактировать с токсичными отравляющими веществами и подумать о перемене места работы. Что же касается вредных привычек, ясно, что с материнством они несовместимы. Если женщина думает о полноценной семье с детьми, она пойдет и на такие «жертвы», как отказ от сигареты



и рюмки. Наркомания же и вовсе несовместима с материнством. Беременность у наркоманки — это гарантия рождения (если еще она сможет донести плод до срока) неполноценного нежизнеспособного ребенка.

Удалось вылечить бесплодие после отказа от вредных привычек — прекрасно, но не надо забывать, что для зачатия здорового ребенка оба родителя не должны пить спиртного не меньше 3-х месяцев, а будущая мама не должна курить.

Опухоли половых органов. Вы спросите: неужели при опухоли можно еще думать о беременности? Но бывают опухоли, протекающие бессимптомно. Например, миома матки (или фибромиома — разные авторы так называют одно и то же заболевание). Если раньше считали, что миома обнаруживается у женщин не моложе 35—40 лет, то в наше время она чаще диагностируется у 18-летних и 20-летних, которым еще предстоит рожать. В большинстве случаев миома выявляется случайно, при осмотре у гинеколога, сама женщина никак не ощущает опухоли. В других ситуациях первыми признаками новообразования могут быть боли в низу живота или в области поясницы, кровотечения, изменения менструального цикла, нарушение функций соседних органов, например учащенное мочеиспускание. Почему миома часто является причиной бесплодия? Вина тому — большие размеры матки и наличие подслизистых узлов, растущих в полость матки, которые являются самостоятельным препятствием как для наступления, так и для развития беременности, поскольку перекрываются просветы маточных труб и деформируется полость матки. Обязательна ли операция при фибромиоме? Возможно ли наступление беременности при миоме? Может ли женщина самостоятельно родить при миоме? На эти и другие вопросы вы найдете ответы

в главе «Беременность». Доброкачественные опухоли яичников (кистомы и дермоиды), а также кисты приводят к бесплодию реже, чем миомы матки.

Заболевания эндокринных желез. Гормоны играют в нашей жизни большую роль, они как бы запускают все процессы, происходящие в организме. Наступление беременности зависит от слаженной работы гормонов гипофиза и яичников. Только при этих условиях происходит овуляция, менструальный цикл наступает четко в одни и те же сроки, а в случае оплодотворения яйцеклетка полноценно развивается в матке на фоне гормона «желтого тела».

Нарушение только одного звена в цепочке работы гормонов сразу влечет отклонения в менструальном цикле по срокам и характеру течения. Менструальноподобные кровотечения стимулируют нормальную менструацию, но овуляции не происходит (такой цикл называется ановуляторным), поэтому и наступление оплодотворения невозможно.

Иммунологическое бесплодие. Этот вид бесплодия самый загадочный. Представьте себе: и мужчина, и женщина совершенно здоровы — и об этом говорят многочисленные исследования, но брак остается бесплодным. Это тем более удивительно, что в предыдущем браке у кого-то из супругов были дети. Бывает, что после этого, бесплодного брака в союзе с другим партнером вдруг появляется беременность. Все объяснилось просто, когда у бесплодных пар начали обследовать сыворотку крови на иммунные тела, — при этом у женщины выявлялся иммунитет на ее мужа. Почему же такое случается? Есть теория, что при всасывании спермы через слизистую оболочку влагалища происходит процесс, сходный с прививкой: содержащиеся в сперматозоидах антигены, попадая в кровь, стимулируют иммунную систему

к выработке антител. В результате сперма при поступлении уничтожается иммунными телами женщины. Если посмотреть на этот вопрос под микроскопом, то мы увидим, что часть сперматозоидов фагоцитируется (проще говоря, пожирается) лейкоцитами — представителями клеточного иммунитета, который есть и в крови, и на слизистых, в том числе и во влагалище. Оставшиеся сперматозоиды обездвиживаются агглютинацией — они склеиваются между собой столбиками, после чего уже не могут передвигаться к своей главной цели — яйцеклетке.

Может быть, вам покажутся редкими и даже забавными случаи бесплодия из-за иммунитета женщины на спермии мужа, но в московских институтах, проводящих обследование бесплодных пар, выявлен высокий процент этого иммунитета. Он составил 29,8 %, значит, практически каждая третья бесплодная пара имеет иммунологическое бесплодие, причем оно может быть как при первичном, так и при вторичном бесплодии и частенько является не единственной причиной бездетности. Некоторые ученые называют это явление «шесечным фактором», поскольку именно лейкоциты шесечного канала матки являются барьером для сперматозоидов.

Можно ли вылечить иммунологическое бесплодие? Женщине при этом назначают сулрастин и преднизолон, чтобы снизить ее иммунную реакцию. Если же лекарства не помогают, проводится искусственное оплодотворение спермой донора.



## Глава 2

### Любвище женокого бесплодия

Наиболее частая причина так называемого трубного бесплодия — воспалительные заболевания внутренних женских половых репродуктивных органов, поэтому в первую очередь с них лечения и начинают. В острой стадии заболевания или при их обострении назначается антибактериальная терапия (антибиотики, сульфаниламиды, противогрибковые и другие препараты). Надеемся, что вы простите отсутствие в данном случае конкретных рецептов с указанием доз лекарств и длительность лечения, которое можно объяснить двумя причинами.

Во-первых, в идеальном варианте антибактериальные средства назначаются после посева на среды в бактериологической лаборатории выделений из уретры и шейки матки. Эти анализы не только показывают, какие микроорганизмы вызывают воспаление, но и определяют, к каким антибиотикам они чувствительны. Все чаще исследователи сталкиваются с ситуациями, когда возбудители инфекций не поддаются действию большого числа антибиотиков, которые любят назначать медики. Неудивительно: мы имеем дело с живыми организмами, существующими на Земле миллиарды лет и умеющими защищаться от разных неблагоприятных факторов. Без результатов баклаборатории начинать прием антибиотиков чревато: можно выбрать другой импортный препарат, который помог вашим знакомым, а вам он может



не помочь. А от том, что у каждого лекарства свои побочные действия, известно всем. И очень даже обидно будет получить осложнения от препарата, который не вылечил ванне воспаления.

Во-вторых, в аптеках каждый день появляются все новые лекарства, и мои сведения о них к выходу книги могут устареть. У врачей налажена связь с аптеками, они узнают о новых лекарствах как от провизоров аптек, так и на специально устраиваемых специалистами лекциях и семинарах. Врач на приеме просто обязан поделиться с вами сведениями о новых лечебных средствах.

Кроме антибактериальных препаратов, при острой стадии воспаления применяются средства, способствующие рассасыванию воспалительных образований, физиотерапевтические воздействия в виде парафиновых аппликаций, компрессов, ультрафиолетового облучения и др.

При хроническом течении воспаления (в частности, при его последствиях в виде рубцово-спаечных изменений) применение антибиотиков не показано, терапия должна быть направлена в первую очередь на различные спайки, восстановление проходимости маточных труб, лечение других нарушений в репродуктивной системе.

### ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ИНФАНТИЛИЗМА — ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Об инфантилизме можно говорить, если у девушки 14—15 лет еще не наступили менархе — первые месячные, отмечается слабый рост молочных желез, заметно снижено оволосение в подмышечной и паховой областях. Эти особенности обычно выявляются на медосмотрах врачами. И сами подростки ревливо следят за сво-

им развитием, сравнивают себя с подругами. Конечно, девушку будет беспокоить ее отставание от сверстниц — это повод для консультации гинеколога. Раннее обращение к специалисту для лечения инфантилизма может предотвратить бесплодие впоследствии. Но мы рассматриваем инфантилизм, который уже стал причиной бесплодия. При этом применяется общеукрепляющее лечение (витамины, средства-адаптогены типа женьшеня, мумия, ашилака), физиотерапия, грязелечение и половые гормоны (эстроген, прогестерон). Продолжительность применения половых гормонов и дозировка эстрогенов зависят от степени недоразвития половых органов и особенностей менструальной функции.

При умеренной степени недоразвития назначают только эстрогены в фолликулиновую фазу цикла или же эстрогены в фолликулиновую фазу цикла (до дня овуляции, первая фаза менструального цикла, отсчитываемая от предыдущей менструации) и прогестерон в лютеиновую фазу цикла (вторая фаза менструального цикла, когда после овуляции «царствует» гормон желтого тела). Циклическое лечение гормонами проводят в течение 3—4 месяцев. При значительном развитии половых органов лечение назначают с применением значительных доз эстрогенов в течение 1—2-х месяцев, и после такой подготовки применяется чередование эстрогенов и прогестерона. Учитывая анатомические особенности влагалища при инфантилизме (короткое, узкое, с неглубоким задним сводом), рекомендуют после полового сношения лежать 20—30 мин с приподнятым тазом, подложив валик или подушку под крестец, или с перекрещенными ногами, так как вышеуказанные особенности строения способствуют вытеканию эякулята.

Устранение спаечных процессов внутренних половых органов можно разделить на два типа лечения: ле-

картвенное и санаторно-курортное. Есть еще хирургическое лечение спаечных процессов, но его мы рассмотрим ниже. Из лекарств в лечении спаечного процесса используются биогенные стимуляторы и ферментные препараты: экстракты алоэ, ФибС, пелоидодистиллят, стекловидное тело, лидаза, ронидаза. Биостимуляторы повышают иммунные силы организма, а ферменты направляют свое действие на размягчение и рассасывание спаек. Для устранения спаек при непроходимости маточных труб применяется гидротубация — подача лекарств в фаллопиеву трубу, непосредственно к месту спайки. Впервые эту методику применили в 20-е годы. Чаще всего для гидротубации применяют раствор новокаина, антибиотиков, лидазу, гидрокортизон. У этого метода есть свои противопоказания: например, он не должен применяться при острых воспалительных процессах и при обострении хронических воспалений, так как есть риск восходящей инфекции. Кроме того, перенесшие это лечение отмечают особую болезненность процедуры, которая возникает при растяжении труб лекарствами. Специалисты при определенном опыте гидротубации говорят о хороших результатах сочетания гидротубации и ультразвукового воздействия на область придатков, проводимых одним курсом.

Кроме ультразвука, при лечении спаечных процессов применяются импульсивные токи низкой частоты и электрофорез с лекарственными препаратами — лидокаином, гидрокортизоном и др.

### САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ

Санаторно-курортное лечение спаечных процессов признано всеми, особенно если оно применяется в комп-

лексе с другими видами лечения. Под влиянием влагалищных орошений, грязевых тампонов и аппликаций хорошо рассасываются спайки и может восстановиться проходимость маточных труб. Всем известны крымские и кавказские курорты (Саки, Кисловодск, Ессентуки). Однако не менее эффективны и курорты Урала, Сибири, Дальнего Востока, Прибалтики, средней полосы России.

Влагалищные орошения углекислыми водами (или нарзаном, — в Кисловодске, Ессентуках, Ямаровке, Сибири, на байкальском Дарасуне), радоновыми водами (Пятигорск, забайкальская Молоковка, киргизский Джеты-Огуз, читинские Дарасун и Шивия, алтайская Белокуриха), азотсодержащими водами (Пхалтубо, хабаровский Кульдур) применяются при спаечных процессах органов малого таза.

Местные орошения — один из самых распространенных методов применения минеральных вод для лечения гинекологических заболеваний в условиях курорта. На тех морских курортах, где минеральные источники отсутствуют, применяют морскую воду.

Для проведения влагалищных орошений используют специальные аппараты, конструкция которых позволяет орошать (промывать) слизистые оболочки, а отработавшую промывную жидкость удаляют через специальный отводник. Курс лечения влагалищными орошениями независимо от применяемых минеральных вод состоит в среднем из 12–20 процедур по 15–20 мин. Что касается температуры воды, то для нарзанных источников ее колебания составят от 33 до 43 °С, для мацестинских источников — 40–42 °С.

Грязелечение — как аппликации на просекции органов, так и влагалищные тампоны из грязи — имеет репутацию наиболее эффективного метода лечения из

всех предлагаемых в санаторно-курортных условиях. Большое количество грязевых курортов осталось за пределами России: Евпатория, Миргород, Трускавец, Друскининкай, Пярну, но есть грязевые курорты и в России — краснодарские Анапа и Ейск, астраханский Тинаки, волгоградский Эльтон, саратовский Чапасвек, северокавказские Пятигорск и Ессентуки.

Наверное, многие из вас вздохнули при воспоминании о курортах — не всем они сегодня доступны. Но во многих городах используются привозные грязи, которые ничем не хуже тех, что применяют на курортах. Перед применением грязь специально готовят: очищают от примесей, подогревают до 60 °С, а потом расстилают на брезенте, на котором и располагается пациентка. Аппликации грязями делаются «трусками» — образное название, которым пользуются работники лечебницы. Грязевая процедура длится 15—20 мин, после чего грязь снимается, а пациентка мостит в теплом душе.

Особое удовольствие людям доставляют грязевые ванны на открытом воздухе, подогреваемые горячим солнцем. В таких ваннах могут сидеть и лежать по несколько человек, мазать друг друга грязью и вспоминать детство.

Применение влажных грязевых тампонов возможно в специально оборудованном кабинете курорта. При этом к больному органу наиболее близко подводится лечебная грязь, и ответная рефлекторная реакция организма наступает раньше, а это рассматривается как залог хороших результатов.

Но если грязелечение в основном практикуют на курортах, то есть простые, доступные материалы, которые вы можете применять как в амбулаториях — в физиокабинете, так и дома.

Лечение глиной спасного процесса — это вполне реально, признано официальной медициной, и в науч-

ной литературе глина относится к грязеподобным веществам. В последнее время лечение глиной вызывает все больший интерес, видимо, в связи с появлением популярной литературы на эту тему (В. Травинка «Голубая целительная глина»). Глина обладает пока мало изученными свойствами. То, что под действием глины рассасываются мастопатии и уменьшаются боли в суставах, мне приходилось видеть собственными глазами.

Лечение глиной женских воспалительных заболеваний не менее эффективно, и в этом вы можете убедиться сами. В любом случае, вреда это не принесет. Вначале выберите нужный сорт глины. Оглянитесь, и вы увидите буквально у себя под ногами неисчерпаемые запасы этого бесплатного лекарства. Но какую глину лучше выбрать? В зависимости от микроэлементного состава глины окрашиваются в разные цвета — белый, желтый, красный, коричневый, голубой, даже и зеленый цвет. Какой выбрать? По своему составу вам подойдет только один из множества сортов глины. При наложении глиняных аппликаций ваша кожа будет впитывать именно тот, нужный вам микроэлемент. Для определения нужного вида глины воспользуйтесь маятником или рамкой (кто этим владеет, объяснять излишне), и этот нехитрый инструмент поможет выяснить, подходит ли вам тот образец, что лежит перед вами. Если не владеете этим — отдайте предпочтение голубой глине (она по окраске больше напоминает цемент). В официальных же источниках цвет глины и вовсе не упоминается — видимо, ученые люди подразумевают, что выбрать можно любую глину, какую душа пожелает.

Перед применением глина замачивается не менее чем на 2 ч кипяченой водой, но не горячей, иначе можно убить все биологически активные вещества, содержащиеся в ней. Размяченная до консистенции сметан-





ны глина перебирается руками или через крупноячеистое сито, при этом выбираются и выбрасываются мелкие камушки и другие примеси. Глиняные аппликации можно использовать двумя способами.

Первый способ применения глины: использование подогретой глины аппликацией при хронических воспалительных процессах органов малого таза, в том числе бесплодии, вызванном спайками.

Противопоказан этот способ при всех состояниях, когда прогрев вреден: при опухолях, туберкулезе, гнойных и острых воспалительных процессах. Заранее подогретая глина подогревается в ведре или кастрюльке, но лучше на водяной бане, чтобы не перегрелась нижняя порция материала. Нагревается глина до 45—50 °С и накладывается толстым слоем от 2 до 4 см на кожу живота, крестца и ягодиц по типу «трюсиков». Поверх глины кладется медицинская клеенка, сверху оборачивается теплым одеялом — под таким компрессом нужно прогреваться от 30 до 60 мин. Глиняные аппликации можно делать ежедневно курсом от 10 до 15 дней, не занимая дни менструаций.

Второй способ применения глины: использование глиняных аппликаций при острых воспалительных заболеваниях — аднекситах, оофоритах, когда появляется болезненность над пораженными органами. В размягченную и подготовленную глину можно добавить соответствующей свежей уриши (мочи) большой или немного поваренной соли из расчета  $\frac{1}{2}$  ч. л. на 1 кг глины. Перед паложением глину можно немножко подогреть, чтобы коже не было неприятно, до 30—34 °С. Глина накладывается слоем в 1,5—2 см по типу «трюсиков» непосредственно на кожу, или между кожей и глиной прокладывается слой марли. Сверху глина накрывается теплой тканью типа фланели, но можно и не накрывать —

это по самочувствию больной. Компресс выдерживается час, кожа моется теплой водой.

При острых болях компрессы можно накладывать 2 раза в день — утром и вечером — до выздоровления. В своей книге Валентина Травникова рассказывает о влагалищных тампонах с глиной для лечения женских воспалительных заболеваний. Возможно, что влагалищный тампон с глиной будет действовать как тампон с лечебной грязью, о которой хорошо отзываются специалисты. Но при этом используется грязь (а значит, и глина), подогретая до 56—60 °С и завернутая в марлю. Грязевой тампон оставляют во влагалище на 18—24 ч, и после его удаления слизистая оболочка влагалища спринцуются теплой кипяченой водой. Таковы правила грязелечения, они полностью переносятся и на лечение глиной.

Песочные ванны доступны всем, как и глина. Они применяются для лечения спаечных процессов органов малого таза. Противопоказания для песочных ванн — те же, что и для всех процедур, связанных с прогревом: туберкулез, беременность, опухоли, гнойные и острые процессы. С мелким песком, очищенным от примесей, можно устраивать сидячие или лежащие общие ванны. Песок прогревается — на солнце или в духовом шкафу, в печи — до 45—50 °С и насыпается в деревянную ванну толстым слоем. Женщина садится или ложится на песок, если позволяют размеры ванны, и сверху посыпается прорезаный песок слоем 10—15 см. Чтобы сохранить тепло, сверху ванны накрывается одеялом. Длительность процедуры — от 30 до 60 мин. После песочной ванны женщина оmyвается теплой водой.

Лечение озокеритом. Озокерит — средство, знакомое многим по физиотерапевтическому кабинету. Его можно применять не только в условиях поликлиники, но



и дома. Озокерит — это сопутствующий месторождениям нефти продукт, поэтому он может сохранять запах нефти. В зависимости от примеси смол озокерит бывает разного цвета — от черного до светло-желтого. Лечебное действие озокерита оказывает не только из-за местного прогревания тканей, но и из-за наличия в нем эстрогенных веществ типа фолликулярного гормона.

Аппликации озокерита применяются при всех хронических и подострых воспалительных процессах матки и придатков (в том числе и при спайках), а также при недоразвитии внутренних половых органов. Противопоказаны процедуры с озокеритом при гнойных процессах в малом тазу, опухолях и во время маточных кровотечений. Для работы с озокеритом нам понадобятся алюминиевая кастрюля и металлические плоские ванночки размером 20 × 40 × 6 или 25 × 50 × 6 см, а также медицинская клеенка. Озокерит нагревают в алюминиевой кастрюле до 100 °С и наливают в плоские ванночки, предварительно выстлав клеенкой. Налитый в ванночки озокерит охлаждают на воздухе до температуры 45–65 °С, после чего вынимают из ванночек и накладывают на открытую поверхность живота или поясницы.

Важно не допускать ожога кожи, правильно оценивать температуру нагретого озокерита. Работники физиотерапевтических кабинетов рассказывают о случаях неосторожного обращения в домашних условиях с озокеритом, закончившихся ожогами. После наложения озокерита женщина укрывается ватным одеялом, процедура длится от 30 до 60 мин по самочувствию. Курс лечения составляет 15–20 процедур через 1–2 дня в условиях поликлиники и ежедневно в стационаре или дома.

Лечение парафином также применяется при лечении спаечных процессов. Методика настолько проста,

что ею можно воспользоваться и в амбулатории, и в домашних условиях. Парафин — искусственный продукт, получаемый из перегонки нефти. Парафин (или несколько парафиновых свечей) нагревают в металлической посуде на слабом огне, и когда он начнет плавиться (а эта температура составляет от 57 до 62 °С), в нем смачивают марлевые салфетки и в несколько слоев накладывают на сухой участок кожи (на живот, поясницу). Сверху кладут медицинскую клеенку и одеяло, и прогрев от парафина идет час. Процедуры можно делать ежедневно или через день, курсом от 15 до 20. Противопоказания к лечению парафином те же, что и при лечении озокеритом.

Гирудотерапия — лечение бесплодия с помощью пиявок. Лечение пиявками на долгие годы было забыто, причем незаслуженно. В царской России пиявки были настолько популярны, что разводились в большом количестве как для собственных нужд, так и на экспорт — от вывоза их за рубеж Россия получала доход в 70 000 000 рублей ежегодно. Методиками работы с пиявками владели земские врачи и фельдшеры и постоянно ими пользовались. Во время революций и войн не до заботы о человеке, и о пиявках забыли. И только с 1997 года, когда возникла Ассоциация врачей-гирудологов России, появились курсы по обучению врачей лечению пиявками и было наконец разрешено применение их в наших лечебных учреждениях (до этого они были запрещены).

В чем же заключается лечебное действие пиявок? Эти крошечные существа, размеры которых в среднем 5–6 см, являются настоящими биофабриками: в секрете, который выделяют пиявки в кровь человека и который назвали «гирудином» (от «гируда» — пиявка), ученые обнаружили около 600 биологически активных ве-

ществ. Вопреки сложившемуся мнению работа пиявки заключается не в том, что она высасывает «дурную кровь» (высасывает же она всего 3 мл крови), а в том, что впрыскивает в ранку гирудин, который и оказывает свое чудесное действие. У гирудина широчайший спектр действия, но с вашего позволения, мои дорогие читатели, ограничусь рассказом о лечении чисто женских проблем.

Каким же образом пиявка помогает в лечении спасенных процессов? Врачи-гирудологи ставят пиявку лично в очень специфические точки — на слизистую влагалища. Процедура должна проходить в кабинете, оборудованном гинекологическим креслом, и под постоянным контролем врача. Гиалуронидаза, находящаяся в гирудине и являющаяся особо активным природным ферментом, размягчающим и рассасывающим спайки, по самому короткому пути попадает к придаткам матки и пролеживает их, восстанавливая проходимость труб. Кроме того, пиявки могут быть поставлены в особые точки над областью матки и придатков — их совместная работа усиливает лечебное действие.

Но действие пиявок не только местное: оказалось, что они повышают иммунитет организма — а это тоже способствует лечению воспалений и наступлению беременности. Кроме того, гирудин оказывает опосредованное действие на эндокринную систему, и срабатывает цепочка, без которой невозможна нормальная беременность.

Довольно быстро происходит заживление послеоперационных швов, если рядом с ними ставится несколько пиявок — они оказывают местное обезболивающее и противоотечное действие. Кровообращение в области хирургического вмешательства быстро восстанавливается, а если были свищи, они зарастают быстрее.

Интересно, что и фригидность — а она есть чуть ли не у каждой четвертой женщины — лечится пиявками. Дело в том, что половая холодность женщины может быть косвенным признаком недостаточной функции яичников. Пиявка, поставленная на биологически активную точку, отвечающую за работу яичников, оказывает множественное действие, в результате идет усиление продукции гормонов, активизируется работа не только яичников, но и фаллопиевых труб — а нормализация их приводит к наступлению беременности. В заключение темы замечу, что в литературе есть указания на лечение кистозных яичников с помощью пиявок.

Пиявки — удивительные животные со своими привычками, требующие особого ухода. Относитесь к ним не со страхом и неприязнью, а с любовью — и они почувствуют это, ответят добром. Противопоказания к гирудотерапии: болезни крови с нарушением процесса свертывания (гемофилия и др.), выраженные анемии и общее истощение.



# Содержание

## Часть I. Инфекции, передающиеся половым путем

<b>Глава 1. Стрессные внутренних женских половых органов</b> .....	3
<b>Глава 2. Физиологические особенности женского организма</b> .....	5
<b>Глава 3. Сифилис</b> .....	7
Общие сведения .....	7
Классификация сифилиса .....	8
Лечение .....	9
<b>Глава 4. Гонорея</b> .....	10
Общие сведения .....	10
Лечение .....	11
<b>Глава 5. Трихомониаз</b> .....	14
Общие сведения .....	14
Классификация трихомониаза .....	15
Вагинит .....	15
Вульвит и вульвовагинит .....	15
Уретрит .....	16
Бартолинит .....	16
Эндцервицит .....	16
Лечение .....	17
Немедикаментозное лечение .....	18
Лазеротерапия .....	19
<b>Глава 6. Хламидиоз</b> .....	20
Общие сведения .....	20
Уретрит .....	20
Хламидийный бартолинит .....	21
Вагинит .....	21
Цервицит .....	21
Сальпингит .....	22
Лечение .....	22
<b>Глава 7. Урогенитальные инфекции, вызванные вирусом простого герпеса</b> .....	24
Общие сведения .....	24

Особенности герпетической инфекции .....	24
Лечение .....	26
Немедикаментозная терапия .....	27

<b>Глава 8. Микозы женских половых органов</b> .....	28
Кандидоз, кандидамикоз .....	28
Классификация .....	28
Лечение кандидозной инфекции .....	28
Местное лечение .....	33
Актиномикоз .....	33
Немедикаментозное лечение .....	34
Хирургическое лечение .....	34

<b>Глава 9. Микоплазменная инфекция урогенитального тракта</b> .....	35
Общие сведения .....	35
Лечение .....	36
Основные принципы лечения .....	37
Фармакотерапия .....	38
Местное лечение .....	39
Немедикаментозное лечение .....	40

<b>Глава 10. Методы исследования</b> .....	41
Сифилис .....	41
Гонорея .....	41
Трихомониаз .....	41
Кандидоз .....	41
Гарднереллез .....	42
Хламидиоз .....	42
Урогенитальный уреплазмоз .....	42
Тропические трихомонадозы .....	42

## Часть II. Бесплодие

<b>Глава 1. Бесплодие вследствие воспалительных заболеваний</b> .....	43
---	----

<b>Глава 2. Лечение женского бесплодия</b> .....	49
Лечение бесплодия как следствие инфантилизма — задержки полового развития .....	50
Санаторно-курортное лечение спасчных процессов .....	52

The image features a collage of various crossword puzzle magazines. At the top right is "Домино" #17. Below it are "Японские Кроссворды" #35, "Скандинавские Кроссворды" #12, "Слово-Кроссворды" #36, "Кротенок" (a mole character), "Литературные Скандворды", "Японские Кроссворды" #18, "Скандинавские Кроссворды" #16, and "Фирменный".

In the foreground, a cartoon mole character wearing a cap, glasses, and a vest with a dog tag around his neck is giving a thumbs-up. The text below him reads:

**КРОТ**  
- полный спектр  
развлекательной  
периодики!