



СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

*Жалилов Мухидин Халимович, Арзибеков Улугбек Рахмонкулович,
Мустафаев Темура Шомирзоевич, Хамроев Жобир Холмуродович.*

Студентка Махмудова Самира Миракикасымовна

Университет ЗАРМЕД, Самаркандский кампус

email: mustafayevtemur1@gmail.com

Аннотация. Представлен структурированный обзор современных возможностей физиотерапии в акушерстве и гинекологии с акцентом на доказательность, безопасность и индивидуализацию назначения. Рассмотрены электротерапия, лекарственный электрофорез, магнитотерапия, ультразвуковые и световые методы, а также физиотерапевтическая реабилитация при дисфункции тазового дна и хронической тазовой боли. Показано, что степень доказательности различается в зависимости от метода и клинической задачи. Особое внимание уделено ограничениям применения при беременности, эндометриозе, миоме матки и нарушениях репродуктивной функции. Физиотерапия рассматривается как вспомогательный компонент комплексной помощи, а не как замена методам лечения с доказанной эффективностью.

Ключевые слова: акушерство, гинекология, физиотерапия, электротерапия, электрофорез, магнитотерапия, ультразвуковая терапия, фотобиомодуляция, тазовая боль, тазовое дно, реабилитация, беременность, бесплодие.

Abstract. This structured review examines current applications of physiotherapy in obstetrics and gynecology with emphasis on evidence, safety and individualized treatment. Electrotherapy, drug electrophoresis, magnetic therapy, ultrasound and photobiomodulation, as well as pelvic-floor rehabilitation and chronic pelvic pain management, are discussed. The level of evidence varies substantially across modalities and clinical indications. Particular attention is paid to pregnancy, endometriosis, uterine fibroids and infertility, where unsupported claims should be avoided. Physiotherapy is considered an adjunct to evidence-based medical care rather than a substitute for it.

Введение. Физиотерапевтические методы занимают место в комплексной медицинской реабилитации женщин, однако современный подход требует разграничивать физический механизм воздействия, клиническую цель процедуры и уровень доказательности. В акушерстве и гинекологии — это особенно важно,

поскольку один и тот же физический фактор может иметь различное соотношение пользы и риска в зависимости от диагноза, срока беременности, локализации воздействия и сопутствующей патологии.

Цель настоящего обзора — систематизировать основные направления применения физиотерапии в акушерско-гинекологической практике, сопоставить предполагаемые физико-биологические механизмы с доступными клиническими данными и уточнить ограничения, при которых применение физических факторов требует особой осторожности.

Материалы и методы обзора

Для обновления статьи проведён структурированный поиск и отбор современной литературы с приоритетом публикаций 2020–2026 гг. Используются клинические рекомендации и документы профессиональных обществ, систематические обзоры и метаанализы, а также отдельные клинические исследования по электростимуляции, магнитотерапии, физиотерапии при тазовой боли, дисфункции тазового дна и состояниях, связанных с беременностью. Дополнительно сохранены отдельные более ранние источники, если они имеют методологическое или фундаментальное значение.

При отборе учитывались: 1) наличие клинического исхода, значимого для пациентки; 2) описание вмешательства и сопоставимой контрольной группы; 3) оценка риска систематической ошибки; 4) применимость результатов к акушерско-гинекологической практике. Предпочтение отдавалось систематическим обзорам, метаанализам и руководствам. Там, где доказательность ограничена или результаты неоднородны, это прямо указано в тексте.

Физические основы и основные группы методов

Электротерапия использует постоянные или импульсные электрические токи. Клинический эффект зависит от формы импульса, частоты, длительности и амплитуды, расположения электродов и индивидуальной чувствительности. Возможные физиологические эффекты включают изменение возбудимости нервно-мышечной ткани и модуляцию болевой афферентации. Поэтому описание метода только как средства «улучшения кровообращения» недостаточно: клинический результат определяется конкретной методикой и показанием.

Лекарственный электрофорез сочетает действие электрического поля и местного введения ионов лекарственного вещества. При его применении принципиально важны вид препарата, концентрация, полярность, плотность тока, площадь электродов и продолжительность процедуры. Универсальной схемы для всех гинекологических заболеваний не существует; параметры должны соответствовать зарегистрированной методике и назначению врача.

Магнитотерапия основана на воздействии статического или низкочастотного переменного магнитного поля. В клинических исследованиях при хронической тазовой боли отмечались возможные улучшения боли и качества жизни, однако протоколы существенно различались и не позволяли сформировать единый стандарт воздействия. Поэтому метод целесообразно рассматривать как потенциально полезный дополнительный компонент, а не как универсальное лечение.

Ультразвуковая терапия использует механические колебания высокой частоты; при терапевтическом применении обсуждаются механические и тепловые эффекты. Клиническое значение зависит от частоты, интенсивности, режима излучения, времени воздействия и площади аппликатора. Следовательно, эти параметры должны быть указаны в конкретной методике, особенно при локальном воздействии на ткани малого таза.

Световые и лазерные методы, включая фотобиомодуляцию, потенциально могут влиять на клеточные процессы и болевую чувствительность. Однако для акушерско-гинекологических показаний доказательная база неоднородна. При отсутствии качественных клинических данных не следует переносить результаты лабораторных или других клинических областей на лечение конкретного гинекологического заболевания.

Клиническое применение и уровень доказательности

Наиболее обоснованным является использование физиотерапии там, где она имеет чёткую реабилитационную цель и может быть встроена в комплекс лечения. В частности, для женщин с дисфункцией тазового дна клинические рекомендации NICE рассматривают контролируемую тренировку мышц тазового дна как один из основных методов консервативной помощи. При стрессовом и смешанном недержании мочи рекомендуется программа под наблюдением специалиста продолжительностью не менее трёх месяцев [1,2].

Электростимуляция при заболеваниях тазового дна может использоваться как дополнение в отдельных случаях, например когда пациентка не способна эффективно выполнять сокращение мышц. При этом она не должна автоматически заменять активную тренировку; NICE рекомендует рассматривать электрическую стимуляцию как дополнение к тренировке у части пациенток, а не как универсальную процедуру [1].

При первичной дисменорее современные систематические обзоры показывают потенциальную пользу отдельных методов электротерапии, однако результаты зависят от конкретной технологии. Метаанализ 2024 года выявил клиническую пользу некоторых электрометодов, но одновременно подчеркнул неоднородность протоколов и необходимость дальнейших качественных рандомизированных исследований [3]. Аналогично, обзор электростимуляции при тазовой боли 2024 года показал наиболее последовательные результаты для TENS при первичной дисменорее, тогда как для других форм стимуляции доказательность была ниже [4].

Магнитотерапия при хронической тазовой боли также изучалась в клинических исследованиях. Систематический обзор 2022 года включил пять исследований и отметил возможное снижение боли и улучшение качества жизни, но подчеркнул отсутствие единого протокола. Это не позволяет считать магнитотерапию самостоятельным стандартом лечения [5].

Физиотерапия при эндометриозе и хронической тазовой боли

При эндометриозе физиотерапия должна рассматриваться преимущественно в контексте симптом-ориентированной реабилитации. Руководство ESHRE указывает,

что данных о специфической эффективности физиотерапевтических вмешательств при эндометриозе недостаточно для уверенных рекомендаций; исследования физиотерапии, массажа и триггерной терапии отличаются малым числом участников и неоднородностью вмешательств [6]. Поэтому физиотерапевтическая помощь может быть направлена на дисфункцию тазового дна, двигательную активность, хроническую боль и качество жизни, но не должна представляться как метод устранения эндометриоза.

Тепловые и другие физические воздействия при эндометриозе или миоме матки требуют индивидуальной оценки. Наличие этих диагнозов само по себе не означает одинакового запрета на все физиотерапевтические процедуры, но выбор фактора, зоны и режима воздействия должен учитывать клиническую ситуацию, размеры и локализацию образования, наличие кровотечения, боли и другие риски. Категоричные универсальные схемы без ссылки на конкретные клинические рекомендации следует исключать.

Бесплодие и подготовка к ВРТ

Физиотерапевтические методы иногда включаются в программы реабилитации пациенток с нарушениями репродуктивной функции, однако утверждение о повышении эффективности ЭКО за счёт конкретной физиопроцедуры требует прямых клинических доказательств. В актуальном руководстве ВОЗ по профилактике, диагностике и лечению бесплодия акцент сделан на доказательных диагностических и лечебных стратегиях, а также на индивидуализации помощи [7]. В связи с этим физиотерапию целесообразно обозначать как вспомогательный или реабилитационный компонент в тех ситуациях, где для него есть конкретное показание, но не как доказанный способ повышения частоты наступления беременности или эффективности ЭКО.

Таким образом, прежнее положение об обязательном или оптимальном проведении курса на 5–7-й день менструального цикла исключено из статьи. Время начала физиотерапии должно определяться диагнозом, видом процедуры, фазой цикла, риском кровотечения, результатами обследования и лечебной задачей. Универсального правила для всех пациенток и всех физических факторов нет.

Физиотерапия во время беременности

Беременность является состоянием, при котором требования к безопасности физиотерапии особенно высоки. В статье исключены категоричные утверждения о применении электрофореза, магнитных, лазерных или других методов при угрозе прерывания беременности и раннем токсикозе без указания конкретного показания и доказательств. Любое назначение в этот период требует оценки срока беременности, акушерского диагноза, состояния матери и плода и потенциального риска.

Для беременных женщин наиболее убедительно обоснованы неинвазивные реабилитационные подходы, связанные с физической активностью и тренировкой мышц тазового дна при отсутствии противопоказаний. NICE рекомендует тренировку мышц тазового дна во время и после беременности и предусматривает её проведение под наблюдением специалиста в определённых группах риска [1]. ACOG также

подчёркивает необходимость предварительной клинической оценки перед назначением физической активности при беременности [8].

Следует отдельно различать диагностическое ультразвуковое исследование и терапевтическое ультразвуковое воздействие: это разные технологии с разными уровнями безопасности и клиническими задачами. ACOG рекомендует использовать диагностическое ультразвуковое исследование при наличии клинического показания и с соблюдением принципа ALARA [9]. Эти данные не могут автоматически служить обоснованием для применения терапевтического ультразвука во время беременности.

Послеродовая реабилитация

После родов физиотерапевтическая помощь может быть частью комплексной реабилитации при дисфункции тазового дна, боли, нарушениях мочеиспускания и последствиях травмы. При этом выбор метода определяется конкретным функциональным нарушением. Для профилактики и лечения дисфункции тазового дна NICE рекомендует индивидуально адаптированную и контролируемую тренировку мышц тазового дна [1,2]. Электростимуляция и биологическая обратная связь могут рассматриваться как дополнение в отдельных клинических ситуациях.

Рутинное включение физиопроцедур после кесарева сечения, при проблемах лактации или для ускорения заживления промежности не должно формулироваться как доказанный стандарт без указания конкретной процедуры и клинических исследований. В этих случаях физиотерапия может применяться только при наличии установленного показания и после исключения осложнений.

Противопоказания и безопасность

Противопоказания должны определяться не по принципу «одна болезнь — один запрет», а с учётом физической природы фактора. Клиническая оценка должна включать диагноз, острое воспаление, кровотечение, онкологическую настороженность, состояние кожи в зоне воздействия, наличие имплантированных электронных устройств при применении электрических или магнитных полей, беременность и другие специфические риски. Для каждой конкретной процедуры необходимо руководствоваться инструкцией медицинского изделия, зарегистрированной методикой и локальными клиническими протоколами.

Особую осторожность следует соблюдать при эндометриозе, миоме матки, неопределённых тазовых образованиях, активном кровотечении, лихорадке и остром инфекционном процессе. До назначения процедуры врач должен определить, не задерживает ли физиотерапия диагностику или лечение состояния, требующего медикаментозного либо хирургического вмешательства.

Обсуждение

Обновлённый анализ показывает, что понятие «современные возможности физиотерапии» не должно означать широкое перечисление процедур. Современность обзора определяется прежде всего критической оценкой доказательности. Наиболее устойчивое место физиотерапии связано с реабилитацией, тренировкой мышц тазового дна, симптоматическим контролем боли и функциональным восстановлением. Для

магнитотерапии, лазерных методов и ряда электрофизических технологий результаты более неоднородны и требуют осторожной интерпретации.

Клиническая ценность физиотерапии возрастает при междисциплинарном подходе: врач акушер-гинеколог определяет диагноз и медицинскую тактику, физиотерапевт оценивает функциональные нарушения и выбирает соответствующую реабилитационную программу, а при хронической боли учитываются психологические и поведенческие факторы. Такой подход соответствует современной концепции пациент-ориентированной реабилитации.

Заключение

Физиотерапия сохраняет значение как компонент комплексной акушерско-гинекологической помощи, прежде всего в реабилитации и коррекции определённых функциональных нарушений. Однако доказательность отдельных методов существенно различается. Наиболее обоснованным является индивидуализированное применение процедур с чётко определённой целью, контролем результата и соблюдением противопоказаний.

Для эндометриоза, бесплодия, подготовки к ЭКО и беременности необходимо избегать универсальных утверждений об эффективности и безопасности физиотерапии. Назначение должно опираться на конкретный диагноз, клинические рекомендации и данные исследований. Физиотерапевтические методы не должны заменять лечение с доказанной эффективностью, а их применение требует медицинского контроля.

Литература

1. National Institute for Health and Care Excellence. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline NG210. London: NICE, 2021 (updated information accessed 2026).
2. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline NG123. London: NICE, 2019.
3. González-Mena Á., Leirós-Rodríguez R., Hernandez-Lucas P. Treatment of Women With Primary Dysmenorrhea With Manual Therapy and Electrotherapy Techniques: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Physical Therapy*. 2024. Vol. 104, No. 5. pzae019. DOI: 10.1093/ptj/pzae019.
4. Effect of different electric stimulation modalities on pain and functionality of patients with pelvic pain: systematic review with meta-analysis // *PubMed*. 2024. PMID: 39400976.
5. Efficacy of Magnetic Therapy in Pain Reduction in Patients with Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review // *PubMed*. 2022. PMID: 35627359.
6. Becker C.M., Bokor A., Heikinheimo O. et al. ESHRE guideline: endometriosis // *Human Reproduction Open*. 2022. Vol. 2022, No. 2. hoac009. DOI: 10.1093/hropen/hoac009.
7. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: WHO, 2025. ISBN 978-92-4-011577-4.

8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion. Washington, DC: ACOG, reaffirmed/current information accessed 2026.

9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation. Committee Opinion. Washington, DC: ACOG.

10. Gutke A., Betten C., Degerskär K. et al. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2015. Vol. 94, No. 11. P. 1156–1167. DOI: 10.1111/aogs.12681.

11. Базарбаев М.И., Муллажонов и др. Биофизика: учебник. 2018.

12. Ремизов А.Н. Медицинская и биологическая физика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.