Электростимуляция мышц тазового дна в практике семейного врача

И.Н. Сыкал, Л.И. Кандыба, Л.В. Снопкова, В.И. Черепова
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Опущение и выпадение матки и влагалища, сопровождающееся недержанием мочи и сексуальными расстройствами, происходит при ослаблении тазовой диафрагмы и связочного аппарата. По статистике только 4–6% женщин обращаются к специалисту – это связано с интимным характером данной проблемы и нежеланием обсуждать ее во врачебном кабинете, страхом встретиться с некомпетентностью врачей, а также с общественным представлением о том, что недержание мочи является проявлением процесса естественного старения.

Семейный врач должен стать тем первым человеком, которому женщина доверит свои личные (интимные) проблемы.

Помимо общепринятых методов консервативного (физические упражнения Кегеля, ношение бандажа, пессариев, заместительная терапия эстрогенами) и хирургического лечения, в последнее время широко применяют электростимуляцию мышц тазового дна. Предпочтение отдают внутриполостной электростимуляции – электрод вводят во влагалище с целью приближения импульсов непосредственно к мышцам тазового дна. Импульсные электрические токи вызывают двигательное возбуждение и сокращение мышц, одновременно усиливается крово- и лимфообращение, а также весь комплекс обменно-трофических процессов, направленных на энергетическое обеспечение работающих мышц. Теоретическое обоснование для использования импульсного электрического тока для тренировки мышц тазового дна состоит в том, что систематическое повторное сокращение под воздействием электрических импульсов вызывает и увеличение их массы и силы. Кроме того, улучшается кровообращение в прилежащих тканях.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности электростимуляции мышц тазового дна с использованием аппарата BML-5000 у пациенток с I и II степенью опущения стенок влагалища в сочетании с недержанием мочи.

Электростимуляция была проведена 26 женщинам в возрасте от 31 до 63 лет. Все пациентки были разделены на 2 группы:

• I – 14 женщин с опущением стенок влагалища I и II степени с симптомами недержания мочи;

• II – 12 женщин с опущением стенок влагалища I и II степени без симптомов недержания мочи.

Для электростимуляции мышц тазового дна использовали режим с монофазными импульсами прямоугольной формы длительностью 200 мкс, частотой 30 Гц. Каждой пациентке проводили настройку интенсивности воздействия в зависимости от индивидуальной переносимости от процедуры к процедуре по возрастающей. Процедуру проводили 1 раз в день, начиная с 10 мин, постепенно время воздействия увеличивали до 20 мин. Все пациентки прошли 4-недельный курс электростимуляции.

Процент снижения жалоб, связанных со слабостью мышц тазового дна (недержание мочи, трудности с управлением газами, сексуальные расстройства) через 2 нед составил 52%, через 3 нед – 67%, через 4 нед – 77%. Лучшие результаты были получены у женщин, которые параллельно с курсом электростимуляции выполняли упражнения Кегеля дома.

Полученные нами результаты по применению электростимуляции мышц тазового дна у пациенток с опущением стенок влагалища I и II степени в сочетании с недержанием мочи свидетельствуют о ее высокой эффективности. Простота проведения, отсутствие осложнений, незначительные материальные затраты позволяют отнести этот вид лечения к перспективному для использования в практике семейного врача с целью профилактики осложнений, которые возникают на фоне ослабления тазовой диафрагмы и связочного аппарата.

Особливості інгаляційної терапії

Т.А. Титова
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Метою інгаляційної терапії є лікування і профілактика хронічних захворювань респіраторної системи шляхом місцевої дії на відділи дихального тракту за допомогою лікарських аерозолів. Аэрозольтерапія ефективна при оборотних чинниках бронхіальної обструкції (бронхоспазм, запальний набряк, інфільтрація слизового і підслизового шарів бронхів, обтурація дихальних шляхів). Аэрозольтерапія менш ефективна при безповоротних морфологічних чинниках, коли є стеноз і облітерація бронхів унаслідок вираженої дискінезії. Основним принципом терапії при хронічних процесах є доставка лікарських препаратів у певні відділи респіраторного тракту. Можливість проникнення лікарських аерозолів у необхідні відділи дихальних шляхів залежить від розмірів часток аерозолю. Більші частки осідають швидше в основному у верхніх дихальних шляхах. Найбільшу вірогідність потрапити у нижні дихальні шляхи мають частки діаметром менше 5 мкм, що рухаються з невеликими швидкостями. Значний вплив на характер осідання часток у відділах дихальних шляхів робить характер дихання. Так, при частому поверхневому диханні лише незначна кількість вдихуваного повітря, а з ним і часток аерозолю, досягає альвеол. Збільшення об'єму невентильованої частини легені, що виникає при таких захворюваннях легенів, як астма або емфізема призводить до зниження проникнення аерозолю в альвеоли. Здатність аерозолю взаємодіяти зі слизовою оболонкою дихальних шляхів істотно залежить не лише від розміру часток, але і від фізичних і хімічних характеристик лікарського засобу. Для пацієнтів з обструкцією бажано створювати потік дрібних часток з малими швидкостями. Дрібні частки немов провисають в потоці вдихуваного повітря і, рухаючись разом з ним, проникають у глибші відділи дихальних шляхів і в процесі поступового зменшення швидкості потоку також поступово осідають на стінках бронхів.

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА №2 (58), 2015
ISSN 2307-5112