

Доцільність використання фізичних факторів під час лікування хронічного сальпінгофориту в практиці сімейного лікаря

Л.І. Кандиба, І.М. Сикал, Л.В. Снопкова, В.І. Черепова
Харківська медична академія післядипломної освіти

Одним із частих проявів хронічного сальпінгофориту є формування стійкого больового синдрому, який має назву «синдром тазового болю». В основі розвитку цієї патології лежать розлади регіонарної гемодинаміки і мікроциркуляції, які виникають внаслідок дистрофічних і склеротичних процесів в осередку хронічного запалення. Це призводить до гіпоксії тканин, ацидозу, порушення тканинного дихання, що провокує надмірне утворення кінінів, гістаміну, простагландинів E_2 , $F_{2\alpha}$. На біологічно активні речовини реагують рецептори різних типів, що зумовлює розвиток гіпералгезії уражених тканин. Від периферійних рецепторів аферентний потік імпульсів надходить у спинальні ганглії, далі нейрони задніх рогів спинного мозку. Із спинного мозку імпульсація попадає в соматосенсорні області кори головного мозку. Формується домінанта ритмічного збудження – патологічна система, яка має прямий дезадаптивний вплив на організм. Тривалий перебіг хронічного сальпінгофориту зумовлює розвиток висхідного симпатико-гангліоневриту – своєрідного сполучення запальних і дистрофічних змін у нервових стовбурах і гангліях верхнього підчеревного, сонячного, аортального та інших сплетін з переходом у дистрофічні і склеротичні процеси в нейронах і прилеглих тканинах. Така трансформація призводить до формування стійкого больового синдрому і порушення трофіки в зоні іннервації. Зниження вмісту опіюїдних пептидів (дофаміну, серотоніну) внаслідок склеротичних процесів у периферійних нейронах також є однією з причин формування хронічного болю. Зміни в нервових клітинах яєчників у хворих з хронічним сальпінгофоритом можуть знижувати їхню чутливість до гонадотропних гормонів і бути одним із факторів розвитку оваріальної недостатності.

Під нашим наглядом знаходилися 35 жінок репродуктивного віку від 25 до 39 років з верифікованим на основі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень діагнозом – хронічний сальпінгофорит. В етіологічному

факторі переважала змішана полімікробна інфекція. Тривалість захворювання була 5–10 років. Загострення запального процесу відбувалось 2–3 рази на рік. Лікування проводили з використанням антибіотикотерапії та фізіотерапії (ультразвук або електрофорез). Але після проведеної терапії у жінок зберігались такі симптоми, як біль унизу живота незначної інтенсивності, але постійного характеру, у 20% пацієнток – порушення менструального циклу у вигляді альгодисменореї, поліменореї. Зважаючи на особливості клінічного прояву хронічного сальпінгофориту, для подовження лікування застосували імпульсний струм низької частоти – інтерференц-терапію. Інтерференційний струм змінює регіонарну гемодинаміку, посилює транспорт кисню, усуває тканеву гіпоксію, підвищує інтенсивність метаболізму клітин, зменшує спазм внутрішньоорганних судин, посилює венозний кровообіг, стимулює нейротрофічну регуляцію внутрішніх органів. Процедуру проводили за допомогою апарата АІТ-50-02 при частоті 50–100 Гц, сила струму – до виникнення вираженої безболісної вібрації. Тривалість впливу – 15 хв, курс лікування – 15–20 процедур. Під дією інтерференційного струму позитивну динаміку клінічних проявів спостерігали з 2–3-го сеансу електротерапії. Біль у нижніх відділах живота втрачала постійний характер, а після закінчення курсу лікування – зникла зовсім, відновлювався фізіологічний характер менструального циклу. При гінекологічному дослідженні були відсутні больові відчуття при пальпації області придатків та стінок таза. Позитивний ефект зберігався і після періоду післядії.

Таким чином, інтерференційний струм діє на глибоко розташовані органи і тканини та має більш виражену вибіркочну дію. Активізуючи метаболізм сприяє відновленню трофіки тканин, у тому числі відновлює провідну чутливість нервових клітин, зменшуючи больовий синдром, тому для підвищення ефективності лікування хронічного сальпінгофориту доцільно використовувати інтерференц-терапію.

Лечение больных раком гортани и гортаноглотки

Т.О. Жукова

ВГЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава
Полтавский областной клинический онкологический диспансер

По последним статистическим данным локализация опухолей в челюстно-лицевом участке и шее составляет около 25%. Прирост больных за 10 лет составил у мужчин 30,7%, у женщин – 17,6%. Рак гортаноглотки (ГГ) высокоагрессивный, с быстрым инфильтративным ростом и регионарным метастазированием 45–80%. При стадиях III–IV рак ГГ диагностируют у 70% пациентов. Хирургическое лечение позволяет радикально удалить опухоль, но приводит к стой-

кой инвалидизации: нарушение функции глотания, дыхания, социальной адаптации. Значимость семейных врачей как первого звена в выявлении хронических заболеваний ЛОР-органов, а также выявление рака гортани и гортаноглотки, очень высока. На них возлагаются профилактика, лечение предраковых заболеваний и обеспечение своевременного обращения больных с начальными стадиями новообразований в специализированные заведения. Целью нашего