

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 опіоїдних 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 вибіркову 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

исследования был анализ лечения больных раком ГГ и определение эффективности медикаментозного цитостатического компонента в сочетании с лучевой терапией с целью сохранения ГГ как органа. Были выбраны 149 (52,3%) пациентов с $T_3N_0M_0$ и распределены на две группы. Первой группе (78 пациентов) провели гамма-терапию (2 Гр × 5 раз в неделю до 40 Гр) и химиотерапевтическое лечение (цисплатин, 5-ФУ) тремя курсами. Вторая группа (71 пациент) получи-

ла гамма-терапию по классической методике (2 Гр × 5 раз в неделю до 40 Гр). После окончания лечения в случае наличия остаточной опухоли решался вопрос о ларингэктоми. В первой группе один год прожили 87% пациентов, три года – 71,5%, во второй группе – 76% и 51% соответственно. Так, внедрение химиолучевого лечения улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения больных распространенным раком гортани.

Відвідування «Школи майбутнього батьківства» у післядипломній підготовці сімейних лікарів

Л.І. Зварич

Запорізька державна академія післядипломної освіти МОЗ України

Згідно з наказом МОЗ України № 417 в основі компетенції лікаря загальної практики–сімейної медицини є організація і проведення навчання майбутніх батьків питань підготовки і ведення вагітності і пологів, гігієни та контрацепції, грудного вигодовування. З урахуванням навчальної програми підготовки лікарів-інтернів загальної практики–сімейної медицини та використання інформаційної підтримки освіти, яка вмикає комунікативну взаємодію пацієнт–лікар нами в навчальний процес в жіночій консультації введено відвідування лікарями-інтернами разом з вагітними та їхніми сім'ями «Школи відповідального батьківства». Заняття складалося з теоретичної частини, огляду відеофільму, відповідей на запитання подружньої пари та відпрацювання навичок щодо знеболювання, підтримки в пологах, грудного вигодовування. При проведенні «Школи відповідального батьківства» був запропонований 5-денний цикл по 2 год. Лікарі-інтерни мали змогу як підвищити свій рівень

поінформованості, так і простежити за емоційним сприйняттям теми вагітними та їхніми близькими, поспілкуватися з ними, почути запитання подружніх пар за темами та, найважливіше, мати змогу почути правильні, кваліфіковані відповіді фахівців та викладача. Цей зв'язок теми з реальною ситуацією підсилює як етап сприйняття інформації, так і її збереження. Підсумки навчання у «Школі відповідального батьківства» проводили далі в учбовій кімнаті з подальшим обговоренням теми та клінічних випадків за розділами, відпрацьовували практичні навички за відеофільмом в режимі «стоп-кадр».

Висновки. Спільне відвідування інтернами і вагітними «Школи відповідального батьківства» сприяє у інтернів розширенню їхніх теоретичних і практичних знань, дає можливість підвищити їхню мотивацію до подальшого навчання, ефективного засвоєння матеріалу. Усе це в подальшому сприяє їхньому становленню як ефективного консультанта з цих питань.

Міждисциплінарний підхід до ранньої діагностики гіперпроліферативних процесів у жінок репродуктивного віку

Л.І. Зварич, Є.Ю. Зварич

Запорізька державна академія післядипломної освіти МОЗ України, КУ «Мелітопольський онкологічний диспансер»

Існування проліферативних процесів в одному з органів не можуть бути ізольованими і розглядаються як гіперпроліферативна хвороба (ГПХ). В Україні у жінок репродуктивного віку дисгормональні зміни у грудних залозах у 83% є причиною розвитку раку грудної залози, посилюються гіперпластичні зміни ендометрія (59%), пухлин яєчників в 2 рази, які є предикторами розвитку раку яєчників і раку ендометрія. Різні психологічні фактори обтяжують перебіг захворювань. Установлено, що кожна третя пацієнтка на прийомі в онколога звертається з приводу патології грудних залоз без додаткового обстеження, в той час як у кожній 11-ї із них діагностують потім онкологічну патологію. Звернення в онкологічний диспансер зумовлює значний психологічний стрес. Одержані дані, що у жінок з помірним ростом волосся на животі, біла соска грудних за-

лоз, на обличчі і аспе (ГА) діагностують патологію грудних залоз в кожній 4-ї, метаболічні порушення – у 21,87%, у 12,5% – обтяжену спадковість з цукрового діабету, патології щитоподібної залози (ЩЗ), онкопатології. Міома матки і гіперплазія ендометрія (ГЕ) у 52,08% сполучена зі змінами в яєчниках. Порушення репродукції встановлені у 80,27%, а менструацій – у 90,62%.

Висновки. Сімейні лікарі пацієнток з ГА, ожирінням, патологією ТТ, ЩЗ повинні виділяти у групу ризику з ГПХ і порушенням репродукції і направляти для подальшого поглибленого обстеження до гінеколога. Під час діагностики ГПХ, яка потребує консультації онколога, пацієнткам з високим рівнем особистісної тривожності необхідно проводити обстеження амбулаторно для зменшення психологічного навантаження.