Медицинская реабилитация при воспалительных заболеваниях органов репродуктивной системы

Заболевания, передаваемые половым путем, оказывают множество неблагоприятных воздействий на здоровье женщины. Но наиболее значительным является урон, наносимый репродуктивной функции. Воспалительные заболевания женских половых органов являются самой частой причиной негормонального бесплодия, эктопической беременности, болезней и пороков развития плода, большого количества оперативных вмешательств. В последние годы в течении воспалительных гинекологических заболеваний произошли некоторые изменения. Наиболее характерными из них являются: склонность к хроническому течению процесса, наличие стойкого болевого синдрома, длительность течения заболевания, частые обострения. Заболевание очень скоро перестает быть местным процессом и отражается на состоянии всего организма женщины (нарушаются обменные процессы, возникают эндокринные дисфункции, развивается недостаточность обеих фаз менструального цикла). Частые обострения приводят к истощению функциональных резервов адреналовой системы (вследствие многократного возбуждения надпочечников).

Очаги воспаления, являясь источником патологической импульсов, поступающих в кору головного мозга, вызывают ухудшение функционального состояния ЦНС. В результате – расстраивается работа внутренних органов, появляются симптомы поражения сердца, коронарных сосудов, нарушения желудочной секреции и пр. Топографические особенности расположения репродуктивных органов приводят к тому, что в воспалительный процесс часто вовлекаются мочевой пузырь, прямая кишка, тазовая клетчатка. Сильные боли при обострении заставляют женщину вести малоподвижный образ жизни, что ведет к дальнейшему ухудшению гемодинамики в органах малого таза, способствуя прогрессированию в них трофических изменений.

Все вышеизложенное необходимо учитывать при проведении медицинской реабилитации у больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) развиваются вследствие восходящей инфекции матки, ее придатков и тазовой брюшины на фоне бактериального вагиноза, так как размножающиеся во влагалище анаэроба снижают защитные свойства шеечной слизи, облегчая тем самым распространение восходящей инфекции. Анаэробы, энтеробактерии и грибки приводят к наиболее тяжелым воспалительным процессам в придатках, провоцируемых внутриматочными вмешательствами, полостными и лапароскопическими манипуляциями, осложнениями после самопроизвольного и, особенно, криминального прерывания беременности.

Для большинства больных с хроническими ВЗОМТ, наряду с гормональными нарушениями в яичниках и коре надпочечников, характерны изменения в нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной системах. В связи с этим при проведении лечебных мероприятий следует воздействовать не только на воспалительный очаг, но и все системы организма, вовлеченные в патологический процесс. Значительную роль в решении этих проблем играет физиотерапия и физическая реабилитация, являясь составными частями медицинской реабилитации.

Задачами физиотерапии при лечении ВЗОМТ являются:

1. достижение в воспалительном очаге анальгезирующего, противовоспалительного и рассасывающего эффектов
2. предупреждение прогрессирования процесса и его обострения
3. восстановление нарушенных функций репродуктивной системы
4. ликвидация вторичных изменений в других системах организма
5. активация защитно-компенсаторных механизмов

В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ заболевания обязательна криотерапия (холод на низ живота каждый час на 10-15 минут). Остальные физиопроцедуры можно применять только после того, как процесс ограничен и стабилизирован. К таким процедурам следует отнести:

1. ЭП УВЧ в атермической дозировке, № 5-6, ежедневно
2. ПеМП (15-30 мТл – 20 минут, №10-12, ежедневно 2-3 раза в день)
3. УФО «трусовой» зоны по Желоховцеву (№ 6-7, через 2 дня на 3-й, начиная с 2 биодоз, увеличивая на 1 биодозу каждую процедуру)
4. Аутотрансфузия ультрафиолетово-облученной крови (АУФОК). В стерильный флакон емкостью 500 мл помещают 50 мл физиологического раствора, 5000 ЕД гепарина и кровь из вены пациентки из расчета 2,5 мл на килограмм веса. Этот состав облучают через кварцевую кювету в течение 15-20 минут, а затем вводят внутривенно. На курс рекомендуется 2-10 процедур, проводимых через 2-3 дня

5. Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Стекловолоконный микросветовод (диаметром 200-400 мкм) вводят в вену и в течение 30-60 минут проводят облучение при интенсивности 130-150 мВ/см2. На курс рекомендуется 3-5 процедур ежедневно.

6. Ранняя СВЧ-терапия в интенсивном режиме при остром сальпингоофорите проводится после окончания антибактериального лечения в атермической дозировке по 15 минут 3 раза в сутки с интервалами не менее 2 часов в течение 5 дней.

Все указанные процедуры не обладают тепловым эффектом (который противопоказан при острых воспалительных процессах), в то же время имеют выраженное антибактериальное, противоотечное, анальгезирующее, иммуномодулирующее действие и являются патогенетически обусловленными.

В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ обязательным условием назначения физических факторов при гнойном процессе является наличие оттока гноя. Рекомендуются следующие процедуры:

1. Ультрафонофорез троксивазиновой (или гепариновой, гидрокортизоновой мази) в импульсном режиме со скважностью 5, интенсивностью 0,4 Вт/ см2 в течение 10-15 минут (на курс – 10 процедур, ежедневно) с последующим электрофорезом лекарственных веществ, который необходимо проводить не позже, чем через 30 минут после ультразвука.
2. Лекарственный электрофорез - всегда начинают с внеполостного воздействия (поперечно в проекции матки или придатков), после 5-6 процедур (если нет ответных патологических реакций) используют полостные методики (вагинальную или ректальную). Выбор препаратов обусловлен клиническими проявлениями заболевания и наличием сопутствующих заболеваний.

- Электрофорез цинка – назначают при гноевидных выделениях из матки, выраженных экссудативных изменениях в малом тазу. При этом снижается продукция эстрогенов, повышается вегетативный тонус органов малого таза, имеет место фибролитический эффект. Используется во 2-й фазе менструального цикла.
- Электрофорез амидопирина, салицилатов – применяют в случаях, когда воспаление спровоцировано переохлаждением, болевой синдром – в виде тянущих и ноющих болей, наличии таких сопутствующих заболеваний, как ревматическое поражение сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата.
- Электрофорез магния целесообразен при спастических, схваткообразных болях, наличии в анамнезе спастической альгоменореи, сопутствующим холециститом, гепатохолециститом, спастическим колитом.
- Электрофорез меди – стимулирует синтез эстрогенов, влияя на аденогипофиз. Назначают в 1-й фазе менструального цикла, при гипоэстрогении.
- Электрофорез иода – уменьшает продукцию эстрогенов, оказывает размягчающее, рассасывающее действие.
- Электрофорез кальция назначают при маточных кровотечениях воспалительного генеза.

Электрофорез антибиотиков классическим методом (когда суточная доза препарата наносится на лекарственную прокладку) проводить не следует, поскольку низкая концентрация лекарства в крови (всего 5-10% от вводимой дозы) лечебного эффекта не оказывает, в то же время провоцирует образование устойчивых к данному препарату штаммов микроорганизмов.При электрофорезе антибиотиков методами выбора являются экрапирамибный или внутритканевой элетрофорез. При экстрапирамибном электрофорезе суточную дозу антибиотика вводят ректально с помощью микроклизмы или непосредственно в полость матки (через задний свод), после чего проводят поперечную гальванизацию. При внутритканевом (внутриорганном) электрофорезе суточную дозу препарата вводят перорально или парентерально и на пике его концентрации в крови, который наступает в различные сроки в зависимости от способа введения антибиотика (при пероральном – через 2 часа, внутримышечном – через 1 час, при венном струйном – тот час же, при внутривенном капельном – после прокапывания 2/3 обема) проводят поперечную гальванизацию в проекции пораженного органа в течение 30 минут при плотности тока 0,05 мА/кв.см, на курс 8 -10 процедур, ежедневно.

3. Воздействие импульсными токами низкой частоты – диадинамическими (ДДТ) или синусоидальными модулированными (СМТ) – позволит получить выраженный анальгезирующий эффект, активизировать крово- и лимфообращение, трофику, обменные процессы. При этом используются анальгезирующие методики.

4. Индуктотермия (предпочтительнее – ультравысокочастотная, с помощью приставки ЭВТ-1) - обеспечит противовоспалительный, бактериостатический, седативный, анальгезирующий эффекты, улучшит кровообращение, обмен.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Для большинства больных с хроническими воспалительными процессами в матке и придатках характерны не только гормональные нарушения, но и изменения в нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной системах. Поэтому физиобальнеолечение (ФБЛ) должно быть комплексным, включающим воздействие не только на очаг воспаления, но и функцию всех систем организма, вовлеченных в патологический процесс.

Задачи физиотерапии при ХВЗОМТ:

1. Достижение в патологическом очаге анальгезирующего, противовоспалительного и рассасывающего эффектов.
2. Профилактика прогрессирования воспаления и его обострения.
3. Восстановление нарушенных функций репродуктивной системы.
4. Ликвидация вторичных изменений в других системах организма.
5. Активация защитно-компенсаторных механизмов.

При длительности заболевания до 2-х лет и неизмененной функции яичников или их гиперфункции рекомендуется сантиметровая микроволновая терапия (СМВ) или индуктотермия (высокой или ультравысокой частоты). Если заболевание длится более 2-х лет, то применяют ультразвук в импульсном режиме и лекарственный электрофорез (цинка – при неизмененной функции яичников, меди – при гипофункции). При наличии спаечных изменений в малом тазу женщинам до 40 лет назначают ультразвук в импульсном режиме и дифференцированную физиотерапию, при которой учитывают клинические особенности течения заболевания. Так, при частых обострениях назначают СВЧ (деци- или сантиметрового диапазона) или переменное магнитное поле ультравысокой частоты (ЭВТ-1) в проекции надпочечников; при стойком болевом синдроме – импульсные токи низкой частоты (ДДТ или СМТ), сочетанный электрофорез амидопирина и салицилатов; при ретродевиации матки – электрофорез йода (при нормальной функции яичников) или гиалуронидазы (при гипофункции). Лекарственный электрофорез проводится по брюшно-влагалищной или брюшно-крестцовой методике. Эти процедуры проводятся в сочетании с гинекологическим массажем.

ХВЗПр часто приводят к осложнениям (облитерации маточных труб, снижению их перистальтики), следствием которых может быть бесплодие или внематочная беременность. Обострение хронического сальпингоофорита может протекать в двух вариантах: со всеми признаками активного воспаления (включая экссудацию) и по типу невралгии тазовых нервов, а также нарушения функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС). Этими клиническими особенностями обусловлен дифференцированный подход к выбору тактики ФБЛ.

При первом варианте течения заболевания лечение проводят в стационарных условиях. Применяют грязи в проекции солнечного сплетения, ДМВ (вначале – внеполостное воздействие, затем - вагинально), УФО «трусовой» зоны, при незначительной экссудации – ультравысокочастотную индуктотермию (ЭВТ-1). При втором варианте возможно лечение в условиях поликлиники. Назначают импульсные токи низкой частоты (ДДТ или СМТ) по анальгезирующим методикам, ультразвук в импульсном режиме, лекарственный электрофорез, УФО «трусовой» зоны по Желоховцеву. Все процедуры необходимо сочетать с гинекологическим или сегментарным массажем. При стойком болевом синдроме следует избегать применения грязей.

Таким образом, при лечении хронического неспецифического сальпингоофорита целесообразно использовать следующие физиопроцедуры:

1. Электрофорез лекарственных веществ по брюшинно-влагалищной или брюшинно-крестцовой методике с ректальным введением препаратов: противовоспалительных (салицилат натрия, амидопирин, вольтарен, делагил), обезболивающих (местные анестетики), ферментов (гиалуронидаза, лидаза, ронидаза, трипсин), сосудорасширяющих (платифиллин, папаверин, эуфиллин), биостимуляторов (пелоидин, пелодекс, алоэ, гумизоль, плазмол). Сила тока – до легкого пощипавания, покалывания, 20 мин, № 15, ежедневно.
2. Индуктотермия в средне-тепловой дозе (3-4 ступень мощности) – 15-20 мин (при введении ферментативных препаратов – 30 мин), № 15, ежедневно.
3. Ультрафонофорез (гидрокортизоновой,гепариновой, троксивазиновой, индометациновой, бутадионовой мазей, нафталана, випросала, апизартрона, апилака, пропоцеума) в проекции придатков контактно лабильно в ипульсном режиме со скважностью 5 (2), интенсивностью 0,4 Вт/см2., по 10-15 мин (суммарно) № 15, ежедневно. Терапевтический эффект процедуры усиливается при предварительном введении ректальных свечей с ихтиолом, бетиолом, метилурацилом, апилаком.

4. УФО «трусовой » зоны, на курс 6 процедур, через день, начиная с ½ биодозы, доведя до 3 биодоз (каждую процедуру увеличивая воздействие на ½ биодозы).

5. Облучение подвздошных областей гелий-неоновым лазером (ГНЛ) мощностью 4-8 мВт по 5 -10 мин (суммарно), на курс 10 – 20 процедур, ежедневно.

6. Грязевые аппликации («трусы» или «брюки»), грязевые тампоны – 38-42 гр., по 30-40 мин, на курс 10-15 процедур, через день (или два дня подряд с перерывом на третий).

7. Орошения минеральными водами (углекислыми, сульфидными, радоновыми) – 37-38 град. – 15 мин, на курс – 10-15 процедур, ежедневно.

8. Плазмаферез – проводится в первой фазе менструального цикла с перерывами 2-7 дней и удалением 30-50% объема плазмы за 1 сеанс. На курс – 2-4 процедуры.

В ПЕРИОД РЕМИССИИ задачами ФБЛ являются достижение стойкого анальгезирующего и фибролитического эффектов, а также нормализация гормональной активности яичников и коры надпочечников. С этой целью назначают ультразвук в импульсном режиме, импульсные токи низкой частоты (ДДТ, СМТ, ФТ), а в последующем (женщинам не старше 35 лет) – грязи, озокерит, индуктотермию, минеральные ванны (сульфидные, хлоридно-натриевые). Причем, сначала необходимо достичь анальгезирующего эффекта (без этого рассасывающая терапия малоэффективна). При стойком боевом синдроме следует избегать применения грязей, парафина, озокерита, сульфидных и соляных ванн, электрофореза кальция, поскольку эти процедуры усиливают болевые ощущения. При этом обязательным является исследование гормональной функции яичников и коры надпочечников, поскольку их состояние обусловливает выбор физических факторов.

При гиперэстрогении с ановуляторным циклом назначают электрофорез йода или сочетанный электрофорез йода и цинка, радоновые или йодо-бромные ванны. Гипофункция яичников является показанием к применению грязей, озокерита, импульсного ультразвука, вибрационного массажа, горного климата, импульсных токов низкой частоты (ДДТ, СМТ, ФТ), электрофореза меди. При сниженной функции надпочечников в их проекции назначают индуктотермию, ДМВ или СМВ; целесообразна гелиотерапия на приморских курортах.

Если физиобальнеолечение, проводимое в течение года, неэффективно, его следует прекратить и тщательно обследовать больную на предмет наличия онкологии.

Санаторно-курортное лечение больным с хроническим сальпигоофоритом проводится в период ремиссии (не ранее, чем через 2 месяца после обострения при условии нормализации температуры и показателей общего анализа крови). Выбор типа курортов зависит от состояния гормональной функции яичников.

При неизмененной гормональной функции яичников показаны бальнеологические курорты с сульфидными водами (Сочи, Пятигорск, Нальчик, Горячий Ключ, Сергиевские минеральные воды, Немиров, Любень Великий, Синяк), а также грязевые курорты (Саки, Евпатория, Феодосия, Куяльник, Ейск, Пятигорск, Славянск, Бердянск).

При гипофункции яичников (недостаточности обеих фаз менструального цикла) – все бальнеологические курорты (исключая радоновые и йодо-бромные).

При сочетании воспалительного процесса с миомой матки, не требующей хирургического вмешательства, рекомендуются бальнеологические курорты с радоновыми водами (Хмельник, Житомир, Белая Церковь, Знамянка, Звенигородка, Липовка, Мироновка, Усть-Кут, Цхалтубо) и йодо-бромными водами (Ейск, Нальчик, Усть-Качка).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ