

Сотрудниками кафедры проводятся консультации больных, разрабатываются и внедряются новые методики лечения, что позволяет добиваться хороших результатов в лечении наших пациентов и выписывать их из нашего санатория с улучшением состояния здоровья.

За истекшие годы детский санаторий «Росинка» превратился в современное медицинское учреждение с комфортными условиями размещения наших пациентов, с квалифицированными кадрами, способное на современном уровне осуществлять санаторно-курортное лечение детей и их родителей.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО БАЛЬНЕОФИЗИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Федоришко Н.Н.

Филиал «Детский санаторий «Росинка» ОАО «Белагроздравница»

Многочисленные работы исследователей и клиницистов свидетельствуют об увеличении в структуре общей заболеваемости доли хронического воспаления верхних дыхательных путей.

Хронический тонзиллит – инфекционно-аллергическое заболевание с местными воспалительными проявлениями в небных миндалинах. Распространенность хронического тонзиллита очень высока. Наиболее высокий уровень заболеваемости хроническим тонзиллитом в детском, подростковом и молодом возрасте.

Важная роль в возникновении хронического тонзиллита принадлежит патогенным микроорганизмам, преимущественно бактериальной и вирусной инфекции, в частности аденовирусно-стрептококковой ассоциации. В последние годы в связи с широким применением антибактериальных препаратов значительно возросла роль грибковой инфекции при хроническом тонзиллите.

Значительная роль в патогенезе хронического тонзиллита и тонзиллогенных заболеваний принадлежит нарушению функции нервной системы, особенно вегетативной.

К предрасполагающим факторам развития хронического тонзиллита относятся рецидивирующие острые ангины, наличие хронических очагов воспаления в полости рта, носа, околоносовых пазух.

Заболевание проявляется застойной гиперемией небных дужек, рубцовыми спайками дужек с миндалинами, наличием гноя или казеозно-гнойного содержимого в пазухах миндалин, регионарным лимфаденитом. У больных хроническим тонзиллитом изменяется специфический и неспецифический иммунитет.

Среди консервативных методов лечения хронического тонзиллита значительное место занимают физические методы. Патогенетически обоснованными при данном заболевании является применение физических факторов противовоспалительного, гипосенсибилизирующего действия, а также факторов, оказывающих стимулирующее влияние на иммунологическую реактивность организма.

Необходимым условием применения физических методов при хроническом тонзиллите является предварительная санация очага (промывание лакун миндалин) от патологического содержимого, так как под влиянием физических факторов усиливаются резорбция и явления интоксикации при наличии гнойного содержимого в лакунах. Необходима также предварительная санация носоглотки, полости рта, околоносовых пазух.

В качестве лекарственных препаратов для промывания лакун миндалин мы пользуемся различными антисептическими растворами (фурациллин 1:5000, 1% раствор иманина, сок каланхоэ, 1% раствор диоксида и др.). На курс 6-8 промываний, через день с повторением через три месяца.

Из физических методов лечения хронического тонзиллита нами применяются СМВ- и УЗ-терапия.

Терапевтический эффект СМВ-терапии при инфекционно-воспалительном процессе в миндалинах обусловлен выраженным положительным влиянием на ткани миндалин, активизацией

иммунных процессов, способствующих повышению их физиологических механизмов защиты, а также общим влиянием на организм выражающимся в стимуляции специфической и неспецифической иммунологической реактивности, нарастании иммунных процессов, обуславливающих восстановление барьерных и защитных свойств миндалин.

Механизм терапевтического действия УЗ-терапии, при хроническом тонзиллите, обусловлен местным стимулирующим действием УЗ колебаний, приводящих к нормализации морфологических, функциональных и защитно-приспособительных свойств миндалин. Клинический эффект УЗ-терапии, при хроническом воспалительном процессе в миндалинах, выражается в снижении частоты обострений тонзиллита, уменьшении признаков воспаления миндалин (освобождения лакун от патологического содержимого, уплотнение ткани миндалин), уменьшением регионарных лимфатических узлов.

В своей практике, при лечении больных хроническим тонзиллитом, мы используем фонофарез с различными лекарственными препаратами (гидрокортизон, пелоидин, гумизоль, экстракт алоэ, прополис и др.).

Применяем фонофарез интерферона. Интерферон наносится на миндалины и излучатель непосредственно перед процедурой. Условия озвучивания те же, что и при лечении УЗ. Отмечается повышение эффективности лечения со сроком наблюдения положительных результатов до 1½ лет.

В лечении применяем сочетанное воздействие двух физических факторов: лечебной грязи и ультразвука - пелофонотерапия. Лечение проводим УЗ-аппаратом с частотой ультразвуковых колебаний 880 кГц, излучатель площадью 1-2 см.кв. Аппликации из лечебной грязи толщиной 10-20 мм (обернутые в марлевую салфетку, 38-40*С) накладываем на боковую поверхность в нижнечелюстную область. На грязевую лепешку устанавливаем УЗ-излучатель. УЗ проводим в непрерывном режиме по стабильной методике при интенсивности 0,3-0,5 Вт/см.кв., по 7 минут на каждую миндалину на курс 10-12 процедур.

Применяем при лечении больных хроническим тонзиллитом

сочетанное воздействие УЗ и СМВ на миндалины по 6 воздействий каждым физическим фактором, проводимых через день. Наряду с повышением клинического, терапевтического эффекта отмечено значительное уменьшение бактериальной флоры миндалин, восстановление иммунологической реактивности у больных.

Распространенным физическим методом лечения хронического тонзиллита остается УФ облучение миндалин. УФ облучение миндалин проводится интегральным и коротковолновым спектром через тубус. Тубус вводится в полость рта, лучи направляются на одну, затем на другую миндалину. Во время УФ облучения не смазываем миндалины, не промываем лакуны антибиотиками. При назначении УФ облучения учитываем особенности анатомического строения небных миндалин, некоторые из которых (низкое стояние корня языка, высокое расположение мягкого неба и расположение миндалин в нишах и др.) затрудняют правильное проведение облучения миндалин. В этих случаях предпочтительно используем другие физические методы лечения.

При хроническом тонзиллите, протекающим с тонзилогенной интоксикацией, наличием сопутствующих неврологических, эндокринных заболеваний применяем лекарственный электрофорез (2-3% раствор хлорида кальция, 2% раствор новокаина, 5% димедрола) на область проекции миндалин и лимфатических узлов на шее. Положительный эффект метода обусловлен влиянием на рефлексогенную зону (шейные симпатические узлы), и показан для повышения адаптационных возможностей организма.

В комплексном лечении с физическими факторами (СМВ, УЗ, УФ-лучи и др.) широко применяем аэрозоли и электроаэрозоли биологически активных препаратов, наделенных отрицательным знаком заряда; сок каланхоэ, биоль, интерферон, 3% водно-спиртовая эмульсия прополиса, повышающие барьерные функции миндалин и оказывающие бактерицидное действие. На местные проявления хронического тонзиллита положительное действие оказывают ингаляции минеральных вод (хлоридные, натриевые, йодобромные и др.).

В комплексной терапии хронического тонзиллита,

применяем физические факторы, способствующие повышению общей иммунологической резистентности организма и устранению его аллергизации, методы сегментарно-рефлекторной и общей физиотерапии: электрофарез новокаина на область шейных лимфатических узлов, гальванический воротник по Щербаку, электрофарез кальция хлорида на воротниковую область, общий электрофарез кальция по Вермилю.

В период ремиссии, одним из звеньев комплексной терапии является бальнеолечение, оказывающее стимулирующее влияние на иммунологическую реактивность и адаптационные возможности организма. При ведущем в патогенезе заболевания снижении защитных сил организма (частые обострения тонзиллита) предпочтение отдаем хлоридно-натриевым ваннам, при превалировании функциональных нарушений сердечно - сосудистой системы - назначаем йодобромные, углекислые.

Нами проведен анализ эффективности применения при хроническом тонзиллите у детей бальнеотерапии и (лечебной грязи) пелофонотерапии фонофареза, микроволновой терапии, ингаляций в сочетании с промыванием лакун миндалин раствором фурациллина 1:5000. Под наблюдением находился 182 ребенка в возрасте от 8 до 12 лет с давностью заболевания 2-3 года. Больные были разделены на три группы. Больные первой группы (83 человек) в комплексе с промыванием лакун раствором фурациллина и пелофонотерапией на подчелюстную область получали морские ванны и ингаляции 3% водно-спиртовой эмульсии прополиса.

Вторая группа больных (72 человек) проведены промывания лакун с микроволновой терапией на подчелюстную область и морские ванны с ингаляциями эмульсии прополиса.

Третью группу (контрольную) составили 27 детей. Им проводилось промывание лакун и ингаляции.

В результате лечения у 85% больных 1-й группы уже через 5-6 процедур исчезли воспалительные явления, уменьшилась величина миндалин и степень их разрыхленности, очистились лакуны от патологического содержимого, уменьшился объем регионарных лимфатических узлов, изменилось общее состояние, повысилась работоспособность, нормализовались анализы крови. К концу лечения положительная динамика отмечена у всех детей.

У второй группы больных (42%) улучшение наступило в середине курса лечения. К концу лечения улучшилось состояние больных 94% и только у 6% детей оно осталось без изменений.

В контрольной группе эффект был значительно ниже: в середине курса лечения лишь у 27-30% детей отмечалось значительное улучшение, а к концу курса у 70% - улучшение.

В 30% случаев не наблюдалось положительной динамики. Наилучший эффект получен у детей принимавших в комплексном лечении морские ванны, пелофонотерапию в сочетании с ингаляциями и промыванием лакун небных миндалин.

В борьбе с хроническим тонзиллитом на первый план выступают профилактические мероприятия. Среди мер профилактики развития хронического тонзиллита и его рецидива на первое место должны быть поставлены различные закаливающие процедуры, занятие физической культурой, УФ-облучения, курортно-климатические факторы, правильный режим, рациональное питание, назначение витаминов, препаратов железа, кальция и др.

СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Хвасько Л.Н., Карпишевич Л.Ф.

Филиал «Санаторий «Радон» ОАО «Белагроздравница»

Боли в нижней части спины (БНС) в настоящее время широко распространенная патология, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, их распространенность достигает размеров эпидемии, что в большинстве случаев связано с возрастающими нагрузками на человека. Связь БНС выявляется с такими факторами, как пол и возраст, осанка, мышечная сила, подвижность и нагрузка на позвоночник. В проведенных исследованиях в Швеции спинальные боли среди лиц в возрасте 35-40 лет установлено, что 66,3% населения в данной популяции отмечают у себя БНС, причем показатель среди женщин был значительно выше, чем среди мужчин. Вследствие болей в спине