

ТОКИ БЕРНАРА В ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Буцель А.Ч., Малькевич Л.А., Малькевич А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра
болезней уха, горла и носа, г. Минск, Беларусь

Введение. Вазомоторный ринит – хроническая форма насморка, не связанная с простудным фактором и соответственно не сопровождается клиническими признаками воспаления слизистой оболочки полости носа. Возникает на фоне изменения возбудимости периферических и центральных отделов нервной системы, вследствие чего развивается неадекватная реакция слизистой оболочки полости носа на любые внешние раздражения: профессиональные вредности, курение, алкоголь, запыленность помещений, эмоциональные факторы. В ответ на это у пациентов развиваются периодическая или постоянная заложенность носа, нередко, носящая перемежающийся характер, водянистые выделения из носа, зуд в носу, чихание, головная боль. Перечисленные выше симптомы в большей степени проявляются ночью в связи с ночным циклом усиления функции парасимпатической нервной системы.

Накопился большой опыт в лечении вазомоторного ринита, однако большинство из имеющихся методов – хирургические, которые не всегда бывают эффективные, учитывая этиологию и патогенез вазомоторного ринита. В связи с этим поиск новых комплексных методов лечения – задача актуальная. Нами впервые предложен метод лечения пациентов с вазомоторным ринитом с использованием диадинамических токов (токи Бернара). Низкочастотные импульсные токи оказывают раздражаю-

щее действие на слизистую оболочку полости носа, что приводит к рефлекторному сокращению сосудов.

Цель работы – исследовать эффективность диадинамических токов (ДДТ) в лечении пациентов вазомоторным ринитом.

Объекты и методы. В исследование включались 56 пациентов с вазомоторным ринитом, амбулаторных и находящихся на стационарном лечении в ЛОР отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска в 2011–2013 гг. Пациенты были разделены на 2 группы. Основной группе (2) проводились процедуры ДДТ. Во время проведения исследования пациенты этой группы полностью отказывались от других методов лечения, в том числе, и сосудосуживающих капель. Пациенты контрольной группы (1) получали только медикаментозное лечение (сосудосуживающие капли и промывание полости носа физиологическими растворами).

У всех обследуемых пациентов отмечались пароксизмальное чихание, ринорея, затруднение носового дыхания. При риноскопии определялась отечная с синюшным оттенком слизистая оболочка полости носа, носовые ходы сужены, отмечалась обильная серозная ринорея.

Методика диадинамотерапии. Диадинамические токи назначались от аппарата «Рефтон -01-ФЛС», производства Республика Беларусь.

Положение пациента сидя или лежа в удобной позе, активный электрод (+) интраназально, второй (–) – на шейный отдел позвоночника. Сила тока подбиралась индивидуально, до ощущения выраженной вибрации. Методика лечения ДДТ состояла из 2 мин ДН, 2 мин ОР и 1 мин ОН. Курс лечения – 10 процедур, ежедневно.

Результаты. В качестве критериев оценки результатов лечения исследовали дыхательную функцию по показателю скорости выдоха через нос (л/мин). Для определения данного параметра применялся метод ринопикфлоуметрии (рационализаторское предложение доцента кафедры болезней уха, горла, носа БГМУ Долиной Ирины Вячеславовны № 1559 от 24.01.2006 года).

Для оценки выделительной функции исследовались рН среды полости носа и количества выделяемой слизи из носа за 10 минут. Оценка обонятельной функции проводилась по десятибалльной визуально-аналоговой шкале, где 10 баллов расценивалась как anosmia, 1 балл – нормальное обоняние.

Заключение. Разработанный метод использования диадинамических токов является эффективным для лечения пациентов с вазомоторным ринитом. Включение в терапию пациентов вазомоторным ринитом диа-

динамических токов по интраназальной методике повышает эффективность лечения, что в сравнительном исследовании подтверждается определением скорости выдоха через нос. В контрольной группе пациентов (1) до лечения скорость выдоха через нос была 57,9 л/мин., после лечения – 58,9 л/мин. В основной группе пациентов (2) до лечения скорость выдоха была 63,4 л/мин., после лечения отмечено значительное достоверное увеличение скорости выдоха до 83,8 л/мин. Отмечено значительное улучшение выделительной функции полости носа. рН среды полости носа в группе пациентов 1 после лечения 7,73. В группе пациентов 2 после лечения 7,09. Количество слизи в носу в группе пациентов 1 до лечения и после лечения существенно не изменилось, и было соответственно равно 208 и 209 мг за 10 мин. В основной группе пациентов после лечения отмечалось значительное уменьшение количества слизи в полости носа за 10 мин. (соответственно 198,4 мг и 158,9 мг). Значительно улучшилось обоняние у пациентов основной группы после лечения в сравнении с контрольной группой пациентов. По десятибалльной визуально-аналоговой шкале контрольная группа пациентов после лечения набрала 7,9 баллов, основная группа пациентов набрала 4,9 балла.

Литература.

1. Боголюбов, В.М. Физиотерапия и курортология / В.М. Боголюбов. – М., 2008. – 600 с.
2. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
3. Дайняк, Л.Б. Вазомоторный ринит / Л.Б. Дайняк. – М., 1966. – 175 с.
4. Пономаренко, Г.Н. Общая физиология / Г.Н. Пономаренко. – М., 2012. – 320 с.
5. Улащик, В.С. Общая физиотерапия / В.С. Улащик, И.В. Лукомский. – М., 2003. – 395 с.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ (ОБЗОР)

*Власов А.А., Рявкин С.Ю., Губернаторова Е.В.
Медицинский отдел Группы Компаний ДЭНАС,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Проблема боли и обезбоживания в стоматологии всегда важна и актуальна. Боль является наиболее частой и сложной по субъективному восприятию жалобой пациентов. Обезболивание в современной стоматологии представляет собой комплекс психопрофилактических, медикаментозных и немедикаментозных воздействий, направленных на снижение или полное купирование болевых ощущений при проведении различных манипуляций. Уровень медицинских знаний обеспечивает воз-