

УДК 616-08-059

ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ЛИЦА И ПОЛОСТИ РТА**Борисова Э.Г.***ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко», Воронеж, e-mail: pobedaest@mail.ru*

Боль является одним из самых распространенных симптомов, встречающихся в медицинской практике. Было изучено влияние фототерапии на интенсивность боли при невропатиях тройничного нерва травматического происхождения. Для лечения использовались фотонные матрицы Коробова «Барва -флекс/КИК» в сочетании с магнитной матрицей «Барва-флекс/МАГ». Ежедневно интенсивность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале боли. Фототерапия оказывает положительное влияние в виде сокращения интенсивности и длительности болевого синдрома.

Ключевые слова: фотонная матрица, магнитная матрица, невропатия тройничного нерва**PHOTOTHERAPY IN COMBINED TREATMENT OF SOME PAIN SYNDROME FACE AND ORAL CAVITY****Borisova E.G.***Voronezh State Medical Academy, Voronezh, e-mail: pobedaest@mail.ru*

Pain is one of the most common symptoms encountered in medical practice. Studied the effect of phototherapy on the intensity of pain at the trigeminal nerve (5th cranial nerve) neuropathies of traumatic origin. Used for the treatment of photonic matrix Korobov «Barva – Flex/KIK» in conjunction with a magnetic matrix «Barva -Flex/MAG». Daily pain intensity was assessed by visual analog pain scale. Phototherapy has a positive effect in terms of reduced intensity and duration of pain.

Keywords: photonic matrix, magnetic matrix, neuropathy of 5th cranial nerve

Боль является одним из самых распространенных симптомов, встречающихся во врачебной практике. Для снятия стойкого болевого синдрома применяются различные методы физио- и рефлексотерапии. Однако большинство используемых физических факторов обладает слабым обезболивающим эффектом, и поэтому разработка новых схем лечения болевых синдромов является актуальной задачей.

В настоящее время в комплексном лечении широкого спектра заболеваний применяется фототерапия, оказывающая противовоспалительное, иммуномодулирующее, противоотечное, регенераторное и анальгезирующее действие.

При действии света на кожу наблюдаются обычные оптические эффекты, возникающие при прохождении света через неоднородную среду.

При этом большей проникающей способностью обладает излучения ближнего инфракрасного диапазона (950 нм); глубина проникновения может достигать 40-70 мм. Для длин волн от 450-590 нм глубина проникновения оптического излучения составляет примерно 0,5-2,5 мм [4].

В настоящее время наряду с лазерами в фототерапевтических аппаратах все шире начинают использоваться более дешевые и удобные в эксплуатации источники света – полупроводниковые сверхъяркие светодиоды. При аналогичных параметрах излучения (с точки зрения биологической

природы) эти источники света по сравнению с лазерами более компактны, просты и надежны. На базе этих светодиодов были разработаны и серийно выпускаются фототерапевтические аппараты, производимые корпорацией «Лазер и Здоровье» – фотонные матрицы Коробова «Барва-Флекс» [5].

Отличительной особенностью фотонных матриц является то, что они имеют гибкое основание. Это позволяет матрицам повторять форму той части тела, к которой они прикладываются, что обеспечивает максимально эффективную передачу излучения светодиодов без потерь на отражение на границе воздух – кожа человека. Учитывая анальгезирующее действие света видимого и инфракрасного диапазонов спектра, обусловленное усилением микроциркуляции крови и лимфы, можно смело утверждать, что светотерапия устраняет боль не как явление, сопровождающее патологический процесс, а сам патологический процесс [1, 4].

К врачу – стоматологу часто обращаются пациенты, у которых после стоматологических манипуляций (лечения или удаления зуба) возникло чувство онемения губы, подбородка, слизистой оболочки десны, языка, щечной области, появились длительные ноющие, сверлящие и другие боли. Эта симптоматика характерна для невропатий различных веточек тройничного нерва и может возникать по причине травматизации этих веточек во время анестезии, при избыточ-

ном выведении пломбировочного материала за верхушку корня во время пломбирования корневых каналов, различных оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области. При этом изменяется и психо-эмоциональный статус пациентов: появляется состояние тревоги, мнительности, бессонница, неверие в успех лечения.

Целью нашего исследования явилась клиническая оценка влияния фототерапии на выраженность болевого синдрома в комплексном лечении невротических тройничного нерва травматического генеза.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 58 больных в возрасте от 30 до 75 лет с болевым синдромом при невротическом тройничного нерва травматического генеза, возникшим после удаления или лечения зубов.

Все пациенты были разделены на две группы. Больные контрольной группы (20 человек) получали стандартное медикаментозное лечение: анальгетики (баралгин по 0,5 г 3 раза в день), нейрогенные стимуляторы (дибазол по 0,005 г), седативные (настойка валерианы и пустырника по 20-25 капель 3 раза в день) и десенсибилизирующие (диазолин по 1 табл. 2 раза в день) средства, витамины группы В (В1 и В6 внутримышечно по 2 мл через день). Курс лечения – 10 дней.

Больные основной группы (38 человек), помимо стандартного лечения, получали сеансы фототерапии с применением фотонных матриц Коробова «Барва-Флекс/КИК». Для этого фотонная матрица устанавливалась контактно на зону иннервации пораженной ветви тройничного нерва. Время воздействия – 15 минут. Процедуру начинали со стороны здоровой зоны, а заканчивали со стороны пораженной зоны тройничного нерва. Ежедневно проводили по 2 сеанса до полного выздоровления. Продолжительность каждой процедуры составляла 30 минут. Общий курс – 10 сеансов, ежедневно.

Для оценки болевого синдрома и объективизации результатов лечения всем больным основной и контрольной групп предлагалось ежедневно оценивать интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) боли [2], где 0 – отсутствие боли, а 10 – нестерпимая боль. Кроме того, при оценке результатов лечения оценивали показатели болевой и тактильной чувствительности в пораженных зонах по общепринятым методикам, сравнивая их с показателями до лечения [7, 8], восстановление психо-эмоционального статуса (уменьшение тревоги, раздражительности, улучшение сна и т.д.). Результаты оценки заносили в специально разработанные нами анкеты.[3].

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациентов основной группы после 5-го сеанса фототерапии отмечался не только значительный регресс боли, частичное восстановление тактильной чувствительности, но и стабилизация психоэмоционального состояния (исчезла раздражительность, состояние тревоги, нормализовался сон). После проведенного курса

лечения у 92,1% пациентов этой группы отмечено полное прекращение болей и восстановление болевой и тактильной чувствительности. Если при обращении в клинику пациенты оценивали боль по ВАШ от 8 до 9 баллов, то после проведенного курса – от 0 до 1 балла.

В контрольной группе к 10-му дню лечения только у 60% больных регрессировала клиническая симптоматика. Полное прекращение болей и восстановление чувствительности происходило от 20 до 60 дней, причем, 11 пациентам из 20 пришлось провести дополнительно медикаментозный курс лечения. Если при обращении в клинику пациенты оценивали боль по ВАШ в 8-9 баллов, то после 10 дней исключительно медикаментозного лечения – 4-5 баллов.

Необходимо отметить, что, больным, получавшим фототерапию, была снижена доза лекарственных препаратов, начиная с пятого дня комплексного лечения (баралгин по 1 табл. 1 раз в день, седативная микстура по 10 капель 2 раза в день, отменен диазолин).

Пример. Больная Н-ич, 45 лет, обратилась в клинику с жалобами на ноющие боли и чувство онемения подбородочной области слева, слизистой оболочки десны и языка слева, возникшее на следующий день после удаления 34 зуба. Больная раздражительна, плаксива, плохо спит. Лечилась амбулаторно у невролога, прошла курс массажа. Боли иногда стихали, но онемение не проходило.

При осмотре: (стоматоневрологический статус) состояние слизистой оболочки в области удаленного зуба соответствует норме, отмечается снижение всех видов чувствительности в десне нижней челюсти, области нижней губы и подбородка пораженной стороны, выпадение поверхностной и вкусовой чувствительности на передние две трети языка слева, незначительная болезненность при вертикальной перкуссии 32,33 и 35 зубов. Сухожильные и периостальные рефлексы несколько оживлены, без четкой разницы сторон. Патологических знаков нет. Интенсивность боли оценивается в 7 баллов.

Больной назначен курс медикаментозного лечения: баралгин по 1 табл. 3 раза в день, диазолин по 1 табл. 2 раза в день, успокаивающая микстура на основе пустырника и валерианы по 20 капель 2 раза в день, дибазол по 1 табл. в течение месяца, ежедневно 2 раза в день процедуры с использованием фотонной матрицы «Барва-флекс/КИК» по 15 минут на пораженную область, курсом 10. После третьего дня лечения у больной уменьшилась интенсивность боли до 4 баллов, исчезло онемение слизистой обо-

лочки десны и частично восстановилась чувствительность языка. К 8-му дню лечения – интенсивность боли – 1 балл, полностью восстановилась чувствительность нижней губы и частично подбородочной области. К 10-му дню – чувствительность восстановлена полностью, боли исчезли, нормализовалось психо-эмоциональное состояние. При повторном осмотре (через месяц) болевая жалоб не предъявляла.

Наблюдение за больными в течение 6-ти месяцев после проведенных курсовых терапий показало, что терапевтический эффект имел место у всех больных. Необходимо отметить, что ни в одном случае после проведенного комплексного лечения с применением фототерапии, рецидивов не было.

Выводы

1. Включение фототерапии в комплекс лечения позволяет достичь стойкого клинического эффекта при болевых синдромах лица и полости рта.

2. Применение фототерапии позволяет уменьшить дозу принимаемых в данном случае лекарственных препаратов.

3. Фототерапия отмечается отсутствием побочных эффектов и хорошей переноси-

мостью пациентами. В течение всего периода наблюдения у больных сохраняется стойкий терапевтический эффект.

Список литературы

1. Бриль Г.Е., Будник И.А., Гаспарян Л.В., Макела А. Коррекция лазерным излучением агрегационной функции тромбоцитов в условиях ацидоза // Лазерная медицина. – 2009. – Т. 13, Вып. 2. – С. 27–31.
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитологии. – М.: Антидор, 2001. – 439 с.
3. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях: монография. – Воронеж: Изд.-полигр. центр Воронеж. гос. ун-вер., 2011. – 128 с.
4. Борисова Э.Г., Соловьева С.А. Применение модулированного светодиодного излучения в лечении больных хроническим гингивитом // Применение лазеров в биологии и медицине: тезисы докл. XXXIV Междунар. науч.-практич. конф. (Судак, 6-10 окт. 2010 г.). – Харьков: НПМБК «Лазер и здоровье», 2010. – С. 114–115.
5. Коробов А.М., Коробов В.А., Лесная Т.А. Фототерапевтические аппараты Коробова серии «Барва». – Харьков: НПМБК «Лазер и здоровье», 2008. – 175 с.
6. Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога: руководство для студентов и врачей. – Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. академии, 2002. – 424 с.
7. Яхно Н.Н. Боль. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 312 с.
8. Riley G.L. Orofacial pain symptom prevalence in the elderly / J.L. Riley, G. Gilbert, M. Heft // Pain. – 1988. – Vol. 76, № 1–2.