

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БОЛИ ПРИ ГЛОССОДИНИИ**

Вербицкий Е.С., Федичкин О.С., Шарангин Н.М.

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия, pobedaest@mail.ru*

В статье приводятся результаты наблюдения за 62 пациентами с глоссодинией. Результаты обследования до лечения и после него заносились в визуальную аналоговую шкалу боли и проверялись эстеziометрией.

Включение в комплекс лечения лазеротерапии позволило в середине курса уменьшить дозу принимаемых лекарственных средств, обеспечило более выраженный терапевтический эффект в отношении интенсивности болевых ощущений.

Ключевые слова: глоссодиния, лазеротерапия, боль

Известно множество причин, которые могут привести к распространённым или локализованным болевым ощущениям в слизистой полости рта и языка. Среди них - ксеростомия, поверхностные кандидозы, дефициты питательных веществ, эндокринопатии и анемии [2,3,7,8,9]. Применяемые в настоящее время лекарственные препараты для терапии глоссодинии обладают кратковременным действием, часто недостаточно эффективны, имеют множество противопоказаний, а длительное лечение данной категории пациентов нередко приводит к значительным осложнениям. Упорное длительное течение глоссодинии, часто приводящее к личностной дезорганизации пациентов среднего и пожилого возраста, делает эту проблему не только медицинской, но и социальной [2, 3, 6, 7, 8, 9].

Поэтому актуален поиск немедикаментозных средств терапии глоссодинии, экономически выгодных и доступных многим слоям населения. Для снятия стойкого болевого синдрома применяются различные методы физио- и рефлексотерапии [3, 4, 5, 6]. Однако большинство используемых физических факторов обладает слабым обезболивающим эффектом, и поэтому разработка новых схем терапии болевых синдромов является актуальной задачей.

В настоящее время в комплексном лечении широкого спектра заболеваний применяются различные методы физиотерапии.

Значительным противоболевым эффектом и общесистемным характером воздействия, по данным ряда исследователей, обладает лазеротерапия [2,3,4,5,9], улучшающая микроциркуляцию, стимулирующая окислительно-восстановительные процессы, активирующая ферментативные реакции.

Однако анализ данных литературы по применению лазеротерапии свидетельствует о явной недостаточности ее применения при лечении и реабилитации пациентов с глоссодинией.

Цель исследования. Изучить возможности контроля интенсивности болевого синдрома при глоссодинии с применением воздействия низкоэнергетическим узкополосным модулированным лазерным излучением красного света.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента с диагнозом глоссодиния. Средний возраст обследованных составил 43,3±5,8 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 7 лет. Мужчин было 3 человека (4,84 %), женщин – 59 человек (95,16 %). Нарушения слюноотделения наблюдались у 52 человек (83,9%) и проявлялись чаще снижением секреции слюны.

Пациенты жаловались на чувство тяжести, "усталости" языка, особенно при повышенной речевой нагрузке. Локализация болевых и неприятных ощу-

щений была различной и составила: на кончике языка (передняя треть) - 46,82% , на боковых поверхностях — 26,71%, на спинке -26,47%. По данным анамнеза болевые ощущения исчезали во время приема пищи, утром неприятные ощущения чаще отсутствовали, усиливались при нервном возбуждении.

Пациенты были обследованы дважды: до начала лечения и после проведения курса лечения. Клиническое обследование включало: сбор анамнеза, общесоматическое, стоматологическое и функциональное (эстеziометрия).

Все пациенты получали базисную медикаментозную терапию, включающую amitриптилин по ½ таб. утром и вечером, нейромультивит по 1 табл. 2 раза в день, аппликации на язык

(взвесь метилурацила и анестезина в персиковом масле – рецепт выписывали в государственной аптеке) по 20 минут 2 раза в день, фенезепам по 0,001 г на ночь. Пациенты контрольной группы (20 человек) получали только базисную терапию. Пациенты основной группы (42 человека), помимо базисного лечения, получали сеансы лазеротерапии аппаратом «Светозар» на области языка, в зависимости от жалоб (спинка, боковые поверхности, кончик языка). Этот прибор применяется для лечебного воздействия низкоэнергетическим узкополосным модулированным лазерным излучением красного света с длиной волны: 665±15 нм, частотой 80±5 Гц. Продолжительность каждой процедуры составляла 5 минут. Общий курс – 10 сеансов. Лечение проводилось ежедневно.

Для изучения клинических проявлений был использован клинико-анамнестический метод. Заполнялись анкеты, в которых пациенты отражали характер, временные и пространственные параметры жжения, сопутствующие симптомы (нарушение сна, тревога, мнительность, плаксивость, канцерофобия и др.). Протоколирование велось с добровольного согласия пациентов, подписавших всю необходимую документацию.

Для оценки болевого синдрома и объективизации результатов лечения всем пациентам основной и контрольной групп предлагалось ежедневно оценивать интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ) [1,3,4], где 0 — отсутствие боли, а 10 — нестерпимая боль. Пациенты самостоятельно заносили результаты ежедневно в ВАШ. С целью объективизации результатов лечения всем пациентам проводилась эстеziометрия - оценка дискриминационной чувствительности. Исследование проводили в утренние часы, натощак, при комнатной температуре 18-20 градусов по Цельсию. Для эстеziометрии применяли циркуль-измеритель. Путем одновременного прикосновения игол браншей циркуля к изучаемым участкам языка устанавливали минимальное расстояние между ними, при котором исследуемый отчетливо различал двойное прикосновение. В качестве контрольной группы участвовали 10 здоровых (без симптомов глоссодинии) пациентов. Все пациенты были ознакомлены с проводимыми исследованиями и подписывали информационное согласие на лечение.

Результаты и обсуждение. Полупроводниковый лазер на кончике излучателя генерирует красный свет со специально подобранными характеристиками, который, проникая в живую ткань, запускает цепочку биологических реакций, вследствие которых в клеточной ткани многократно (буквально в десятки раз) ускоряется обмен веществ. Его лечебно-профилактическое действие складывается из совокупности биологических воздействий на субклеточном, клеточном, тканевом, системном уровне и на уровне всего организма. В результате резко возрастает местный кровоток, клетки

ткани начинают интенсивно очищаться, обновляться, обогащаться кислородом [4, 6, 7].

У всех пациентов основной группы после 4 сеансов лазеротерапии отмечался не только значительный регресс боли и парестезии (до лечения $6,7 \pm 0,02$ баллов, на 4-ом сеансе - $2,7 \pm 0,03$ балла), но и стабилизация психоэмоционального состояния (снижение уровня тревожности, улучшение сна, вера в выздоровление, снижение ощущения вялости и утомляемости). Эти пациентам была снижена доза принимаемых лекарственных препаратов: отменен утренний прием amitриптилина и вечерний прием феназепам. После проведенного курса лечения (10 дней) у 73,80% (31 чел.) пациентов отмечено полное прекращение болей и жжения ($0,2 \pm 0,03$ балл) и нормализация психических расстройств, являющихся неотъемлемой составляющей клинических проявлений глоссодинии.

Остальным 11 пациентам (26,20%) мы провели через 2 месяца повторный курс лечения только с применением лазеротерапии, после которого они также констатировали регресс боли до $0,4 \pm 0,03$ балла и улучшение показателей эстеziометрии.

В контрольной группе к 10-му дню лечения только у 55,0% пациентов (11 чел.) регрессировала клиническая симптоматика, у 45,0 % пациентов (9 чел.) осталось незначительное жжение спинки языка, про-

блемы с засыпанием, неверие в успех лечения. Этой группе пациентов (9 человек) было предложено провести через неделю только курс лазеротерапии по описываемой выше методике. В результате лазеротерапии были получены следующие данные: у 8 пациентов (88,9%) был отмечен значительный регресс клинической симптоматики, подтвержденный методами исследования (улучшение показателей эстеziометрии и снижение уровня боли по ВАШ до $1,3 \pm 0,03$ балла).

Позитивная динамика психологического статуса пациентов на фоне сочетанной медикаментозной (МТ) и лазеротерапии (ЛТ) проявлялась в уменьшении выраженности повышении стрессоустойчивости, уравновешенности, оптимистичности, активности и настроения. Аналогично другим авторам, мы установили значительное снижение дискриминационной чувствительности в языке. Нами проведен анализ результатов в клиническом аспекте. Выявлено, что характер тяжести нарушения чувствительности полностью зависит от интенсивности парестезий. Интересно, что при более продолжительных сроках страданий сенсорные нарушения, отражая компенсаторную реакцию организма, уменьшаются. Наиболее отчетливое ослабление дискриминационной чувствительности возникает на фоне соматических заболеваний.

Таблица 1

Показатели дискриминационной чувствительности у пациентов с глоссодинией

| Обследование пациентов | Кол-во пациентов | Участки измерения | |
|------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| | | Кончик языка | Спинка языка |
| До лечения | 62 | $5,3 \pm 0,1$ мм | $12,9 \pm 0,2$ мм |
| После лечения | 62 | $2,1 \pm 0,2$ мм | $10,9 \pm 0,1$ мм |
| Контр. группа | 10 | $1,0 \pm 0,1$ мм | $10,0 \pm 0,1$ мм |

p> 0,02

Как следует из таблицы 1, проведенное исследование кончика и спинки языка показало отклонение от нормы. Двойное раздражение на кончике языка воспринималось только на расстоянии более 4-5 мм (у здоровых лиц — 1 мм), на спинке языка - при 12-13 мм (у здоровых лиц — 1 мм).

Характер чувствительных расстройств существенно зависит от результатов лечения, указывая на их функциональный характер у подавляющего большинства пациентов.

Позитивная динамика психологического статуса пациентов на фоне сочетанной медикаментозной (МТ) и лазеротерапии (ЛТ) проявлялась в уменьшении выраженности повышении стрессоустойчивости, уравновешенности, оптимистичности, активности и настроения.

Необходимо отметить, что у всех пациентов, которым в комплекс лечения была включена лазеротерапия, после проведенных курсовых процедур уменьшилась сухость полости рта.

Выводы. Предлагаемое нами включение лазеротерапии (по описываемой методике) в комплекс лечения

глоссодинии позволяет в середине курсового лечения уменьшить дозу принимаемых лекарственных препаратов, а по окончании курсового лечения достичь стойкого клинического эффекта.

Список литературы

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитологии. М.: Антдор, 2001. 439 с.
2. Борисова Э.Г. Влияние динамической электронейростимуляции (ДЭНС) на функциональное состояние сенсорных образований полости рта // Рефлексотерапия. №2(20), 2007. С. 47-48
3. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях / Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. Ун-та, 2011. 128 с.
4. Борисова Э.Г., Кунин А.А., Ипполитов Ю.А. Глоссодиния – хронический болевой синдром языка / Воронеж: ВГПУ, 2014. 97 с.
5. Скуридин П.И., М.Н. Пузин, Е.В. Николаенко. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта. // Российский стоматологический журнал. 2010. № 2. С. 31-34.
6. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. М.: МЕД-пресс, 2001. 456 с.
7. Якупов Р.А., Сафиуллина Г.И. Методы лазерной рефлексотерапии / Учебное пособие для врачей. Казань, 2004. 28 с.
8. Ship J.A., Grushka M., Lipton J.A. et al. Burning mouth syndrome: an update // J.Am. Dent Assoc. 1995. Vol. 126. № 7. P. 842-853.
9. Svensson P., Bjerring P., Arendt-Nielsen L. Sensory and pain thresholds to orofacial argon laser stimulation in patients with chronic burning mouth syndrome // Clin.J.Pain. 1993. Vol. 9. P. 207-215.