

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БОЛИ ПРИ СИНДРОМЕ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА**

**Борисова Э.Г., Корецкая И.В.**

*ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж  
Воронеж, Россия (394000, Воронеж, Проспект Революции, 14) pobedaest@mail.ru*

Упорное длительное течение синдрома жжения полости рта, часто приводящее к личностной дезорганизации больных среднего и пожилого возраста, делает эту проблему не только медицинской, но и социальной. В статье приводятся результаты наблюдения за 62 пациентами с синдромом жжения полости рта. Результаты обследования до лечения и после него заносились в шкалу HADS и модифицированный «Краткий болевой опросник», разработанный исследовательской группой C.S. Cleeland для оценки преимущественно двух составляющих боли – интенсивности и ее влияния на различные аспекты жизни. Включение в комплекс лечения лазеротерапии позволило в середине курса уменьшить дозу принимаемых лекарственных средств, обеспечило более выраженный терапевтический эффект как в отношении интенсивности болевых ощущений, так и психических изменений.

Ключевые слова: синдром жжения полости рта, лазеротерапия, болевые ощущения, психические изменения.

## **LASER APPLICATION FOR CORRECTION OF PAIN IN BURNING MOUTH SYNDROME**

**Borisova E.G., Koretskaya I.V.**

*Voronezh State Medical Academy n.a. N.N. Burdenko, Voronezh  
Voronezh, Russia (394000, Voronezh, Ave Revolution, 14) pobedaest@mail.ru*

The persistent long-term for burning mouth syndrome, often leading to disruption of personal life middle-aged and older, this problem does not only medical but also social. The article presents the results of observations in 62 patients with burning mouth syndrome. The survey results before and after treatment were recorded in the scale of HADS and a modified "Brief Pain Questionnaire" developed by the research group C.S. Cleeland primarily to assess the two components of pain - intensity and its effects on various aspects of life. Inclusion in the complex is allowed to treat laser in the middle of the course taken to reduce the dose of drugs, has resulted in more pronounced therapeutic effect as regards the intensity of pain and mental changes.

Keywords: burning mouth syndrome, laser therapy, pain, mental changes.

Жгучие болевые ощущения в полости рта испытывают от 14 до 26 % взрослого населения [1,3,7]. Однако, в большинстве случаев, никакой органической основы для жалоб не обнаруживается. В этих ситуациях состояние обозначают как синдромом жжения полости рта (СЖПР) [7,8]. Применяемые лекарственные методы терапии СЖПР обладают кратковременным действием, часто недостаточно эффективны, имеют множество противопоказаний, а длительное лечение данной категории больных нередко приводит к значительным осложнениям. Упорное длительное течение заболевания, часто приводящее к личностной дезорганизации больных среднего и пожилого возраста, делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

Поэтому актуален поиск немедикаментозных средств, экономически выгодных и доступных многим слоям населения. Нужно признать, что, несмотря на определенные достижения в диагностике и лечении СЖПР, разработка и совершенствование программ по диагностике и лечению при данной патологии по-прежнему остается насущной проблемой современной стоматологии и неврологии.

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

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

**Целью исследования** явилось изучение возможности контроля интенсивности болевого синдрома с применением воздействия низкоэнергетическим узкополосным модулированным лазерным излучением красного света у больных с СЖПР.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 62 пациента с синдромом жжения полости рта. Средний возраст обследованных составил  $45,3 \pm 5,8$  лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 6 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. У 66,1 % (41 чел.) больных отмечены изменение вкусовой чувствительности: различные привкусы во рту (вкусовые парестезии).

Кроме того, все больные жаловались на чувство тяжести, "усталости" языка, особенно при повышенной речевой нагрузке. Локализация болевых и неприятных ощущений составила: на кончике языка (передняя треть) – 46,8 %, на боковых поверхностях – 25,8 %, на спинке – 27,4 %. Иногда парестезии распространялись на губы и небо. Парестетические и болевые ощущения не имели четких границ и носили непостоянный характер. По данным анамнеза они исчезали во время приема пищи, утром неприятные ощущения чаще отсутствовали или были выражены слабо, усиливались к вечеру или при длительном разговоре, нервном возбуждении.

Больные обследованы дважды: до начала лечения и после проведения курса лечения. Клиническое обследование включало: сбор анамнеза, общесоматическое, стоматологическое и клинико-психологическое обследование.

Все пациенты получали базисную медикаментозную терапию, включающую amitriptilin по  $\frac{1}{2}$  таб. утром и вечером, вегетотропную микстуру (валериана, пустырник, натрия бромид) по 1 стол. ложке 3 раза в день, нейромультивит по 1 табл 2 раза в день, аппликации на язык (взвесь метилурацила и анестезина в персиковом масле) по 20 минут 2

раза в день, феназепам по 0,001 г на ночь. Больные контрольной группы (20 человек) получали только стандартное медикаментозное лечение. Больные основной группы (42 человека), помимо стандартного 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:  $665 \pm 15$  нм, частотой  $80 \pm 5$  Гц. Продолжительность каждой процедуры составляла 5 минут. Общий курс – 10 сеансов. В этот же день обрабатывались рефлексогенные зоны уха (точки соответствия языка). Время воздействия 2 минуты. У человека ушная раковина имеет богатую сосудистую сеть и через систему черепно-мозговых нервов связана с жизненно важными системами. Эти вопросы достаточно подробно описаны в литературе по рефлексотерапии [8,9]. Лечение проводилось ежедневно.

Для изучения клинических проявлений был использован клинико-anamnestический метод. Заполнялись разработанные в нашем центре анкеты больных с СЖПР, в которых отражались характер, временные и пространственные параметры жжения, сопутствующие симптомы (нарушение сна, тревога, мнительность, плаксивость, канцерофобия и др. ), что позволяло проследить формирование СЖПР.

Для оценки болевого синдрома и объективизации результатов лечения всем больным основной и контрольной групп предлагалось ежедневно оценивать интенсивность боли по ВАШ – визуально-аналоговой шкале боли [2], где 0 – отсутствие боли, а 10 – нестерпимая боль. Все больные заносили результаты обследования до лечения и после него в модифицированный нами для СЖПР «Краткий болевой опросник», разработанный исследовательской группой C.S. Cleeland для оценки преимущественно двух составляющих боли – интенсивности и ее влияния на различные аспекты жизни: общую активность, настроение, профессиональную деятельность, отношения с другими людьми и др. Кроме того, мы использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, согласно которой оценка до 8 баллов считается нормой, 8–10 баллов – субклинически выраженной депрессией / тревогой, более 11 баллов – клинически выраженной депрессией/тревогой.

**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.

Во время интенсивного обмена веществ на облучаемый участок тела работает весь организм, поставляя тканям питательные вещества и удаляя продукты обмена.

У всех пациентов основной группы после 3–4 сеансов лазеротерапии отмечался не только значительный регресс боли ( до лечения – 6–7 баллов, в середине лечения – 2–3 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, жжения (0–1 балл) и нормализация психических расстройств, являющихся неотъемлемой составляющей клинических проявлений СЖПР. По шкале HADS до лечения – 10 – 12 баллов, после курсового лечения – 7–8 баллов.

Остальным 11 больным (26,20 %) мы провели повторный курс лечения только с применением лазеротерапии через 2 месяца, после которого они также констатировали регресс боли до 0–1 балла и стабилизацию психоэмоционального состояния, что подтвердили подсчеты опросников (по шкале HADS после повторного курса – 6 баллов). Используя эти данные можно предположить, что применение лазеротерапии без медикаментозного лечения может служить профилактической мерой при возникновении симптомов СЖПР.

Интенсивность болевых ощущений по данным опросников не зависела от пола, но оказалась взаимосвязанной с психологическими особенностями больных, такими как тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, пессимистичность, повышенное внимание к своим ощущениям. По нашему мнению, подобное сочетание психологических особенностей приводит к повышению чувствительности по отношению к имеющемуся дискомфорту в полости рта и влияют на интенсивность болевого синдрома.

В контрольной группе к 10-му дню лечения только у 55,0 % больных (11 чел.) регрессировала клиническая симптоматика, у 45,0 % пациентов (9 чел.) осталось незначительное жжение кончика языка, проблемы с засыпанием, неверие в успех лечения. Этой группе больных (9 человек) было предложено провести через неделю только курс лазеротерапии по описываемой выше методике. В результате лечения были получены следующие данные: у 8 пациентов (88,9 %) был отмечен значительный регресс клинической симптоматики (стабилизация психоэмоционального состояния по шкале HADS – 8 баллов и снижение уровня боли по ВАШ до 1–2 балла).

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

Пример. Больная К-ая, 53 лет, обратилась в стоматоневрологический центр с жалобами на чувство жжения в передних 2/3 языка, сухость полости рта, нарушение сна и повышенную раздражительность. Считает себя больной около 1 года, когда впервые возникли описываемые явления после стрессовой ситуации на работе. При осмотре – язык обычной окраски, движения языка безболезненны, отмечается незначительное снижение чувствительности на кончике языка. При оценке боли по ВАШ – 6 баллов, шкала HADS – 10 баллов.

Больной назначено: курс (10 сеансов) лазеротерапии модулированным лазерным излучением красного света с длиной волны  $665\pm 15$  нм, частотой  $80\pm 5$  Гц, продолжительностью каждой процедуры по 5 минут. В этот же день обрабатывались рефлексогенные зоны уха. Время воздействия 2 минуты. Амитриптилин по  $\frac{1}{2}$  таблетке на ночь, вегетотропная микстура по 1 стол. ложке 3 раза в день, нейромультивит по 1 табл 2 раза в день, аппликации на язык по 20 минут 2 раза в день. После 4 дня лечения больная отметила уменьшение жжения языка, улучшение засыпания. По окончании курса – парестезии значительно уменьшились (ВАШ – 1 балл), нормализовался сон, исчезла раздражительность (шкала HADS – 6 баллов). Мы наблюдали больную в течение 6 месяцев. Рецидивов нет.

Необходимо отметить, что у всех больных, которым в комплекс лечения была включена лазеротерапия, после проведенных курсовых процедур уменьшилась сухость полости рта. Как известно, у пожилых людей сухость полости рта связана с угасанием функций слюнных желез, а у более молодых – с функциональными сдвигами со стороны вегетативной нервной системы. Следовательно, можно предположить, что под действием красного света, оказывающего стимулирующее действие на нейроэндокринную систему, нормализуется функция вегетативной нервной системы и происходит мобилизация адаптационных систем организма, поддерживающих гомеостаз.

**Выводы.** Предлагаемое нами включение лазеротерапии (по описываемой методике) в комплекс лечения СЖПР позволяет в середине курсового лечения уменьшить дозу принимаемых лекарственных средств, достичь стойкого клинического эффекта. Лазеротерапия отличается хорошей переносимостью пациентами. В течение всего периода наблюдения у больных сохраняется стойкий терапевтический эффект в отношении интенсивности болевых ощущений и психических изменений.

## Список литературы

1. Банченко Г.В., Максимовский Ю. М., Гринин В.М. Язык - «зеркало» организма. – М.: Изд-во ЗАО «Бизнес-центр «Стоматология», 2000. – 408 с.
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитологии. – М.: Антидор, 2001. – 439 с.
3. Борисова Э.Г. Влияние динамической электростимуляции (ДЭНС) на функциональное состояние сенсорных образований полости рта // Журнал «Рефлексотерапия», №2(20), 2007. – С.47-48.
4. Борисова Э.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта в амбулаторных условиях: Монография. – Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2011. – 128 с.
5. Проблемы физической медицины: Межрегиональный сборник научных работ с международным участием / Под общей редакцией проф. Г.Е.Брилля. – Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2011. – 332 с.
6. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Николаенко Е.В. Эффективность комплексного лечения больных с синдромом жжения полости рта // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 31–34.
7. Скуридин П.И., Пузин М.Н., Голубев М.В. Психоэмоциональные нарушения и личностные характеристики больных с синдромом жжения полости рта // Клиническая неврология. – 2010. – № 2. – С. 26–28.
8. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. – М.: МЕД-пресс, 2001. – 456 с.
9. Якупов Р.А., Сафиуллина Г.И. Методы лазерной рефлексотерапии: Учебное пособие для врачей. – Казань, 2004. – 28 с.

## Рецензенты:

Булкина Н.В., д.м.н, зав. кафедрой терапевтической стоматологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, профессор, г. Саратов.  
Ширяева Л.Р., д.м.н., руководитель стоматологической клиники «Лион Дент», г. Воронеж.