

УДК 617.52:616.74/.75]-009.7-085.814.1-085.849.19

ЛАЗЕРОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ ЛИЦА

Л.В. ПОДСАДЧИК, А.П. СИВАКОВ, Л.А. МАЛЬКЕВИЧ,
С.М. МАНКЕВИЧ, Т.И. ГРЕКОВА

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
проспект Дзержинского 83, корп.1, Минск, Республика Беларусь;*

Аннотация: Метод лазеропунктуры предложен для лечения пациентов с миофасциальным болевым синдромом лица. Использование лазеропунктуры способствует улучшению течения заболевания и уменьшает болевой синдром.

Ключевые слова: лазеропунктура, миофасциальная болевая дисфункция, лечение.

THE LASEROPUNCTURE METHOD IN TREATING PATIENTS WITH MYOFASCIAL PAIN DYSFUNCTION

L.V. PODSADCHIK, A.P. SIVAKOV, L.A. MALKEVICH,
S.M.MANKEVICH, T.I. GREKOVA

Abstract : Method of laseropuncture therapy were proposed to treat patients with myofascial pain disfunction. The use of laserotherapy contributes to improving the course of the disease, decreasing the pain syndrome.

Keywords: laseropuncture, myofascial pain disfunction, treatment.

Введение

Лицевые боли (прозопалгии) в структуре всех болевых синдромов занимают обособленное место ввиду их специфичности. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что наряду с болевыми синдромами различной локализации и головными болями лицевые боли являются одной из причин утраты трудоспособности. Одна из часто встречающихся форм миогенная прозопалгия формирующаяся при миофасциальных синдромах области шеи и плечевого пояса.

Миофасциальная болевая дисфункция – нарушение функции той или иной мышцы, возникающее в связи с ее перегрузкой. Миофасциальные болевые синдромы (МФБС) лицевой мускулатуры развиваются по тем же механизмам, что и в скелетных мышцах и обуславливают 10-20% болевых синдромов на лице. На начальном этапе в мышце возникает напряжение, переходящее в стабильный локальный гипертонус. При длительном фиксированном локальном гипертонусе возникают вторичные расстройства – сосудистые, обменные, воспалительные. Локальные гипертонусы становятся источником локальных и отраженных болей и превращаются в триггерные точки (ТТ).

Отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса могут быть причиной боли в височной области, что связано с нарушением двигательной активности трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц. Боль в лобной области часто обусловлена нарушением двигательной активности грудино-ключично-сосцевидной, полуостистой мышцы головы. Боль в области уха и височно-челюстного сустава – нарушением двигательной активности в латеральной и медиальной крыловидной, жевательной, грудино-ключично-сосцевидной мышцах.

Комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий должен быть направлен на купирование болевого синдрома, профилактику стабилизации патологического процесса, **влияние на пусковой механизм МФБС** и в конечном итоге, улучшение качества жизни пациентов.

Среди лечебных и реабилитационных средств используется медикаментозная терапия, включающая применение нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов центрального действия, антидепрессантов и противоэпилептических средств, также активно используется рефлексотерапия и физиотерапевтические методы лечения. Метод рефлексотерапии с использованием воздействия физическими факторами на АТ – лазеромагнитопунктура - оказывает анальгетическое, трофическое действие и нормализует тонус пораженных мышечных структур.

Целью исследования явилась оценка эффективности методов физиопунктуры (лазеромагнитопунктуры) в комплексном лечении пациентов с миофасциальными болевыми синдромами лица.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 38 пациентов с МФБС лица, амбулаторных и находящихся на стационарном лечении в отделениях неврологии У г. Минска в 2022-2024гг.

Все пациенты предъявляли жалобы на боли в разных областях лица – лобной, височной, орбитальной и параорбитальной зонах, одновременно отмечались болевые ощущения в заушной, затылочной и теменной областях. При пальпаторном исследовании отмечались тоническое напряжение и ТТ в области **грудино-ключично-сосцевидной, трапециевидной, поверхностной мышцы шеи.**

Исследуемые группы оказались однородными по половому и возрастному признаку, клиническому течению заболевания. Средний возраст – $42,5 \pm 0,1$ лет. Давность заболевания в исследуемых группах составила от 3 месяцев до 1 года. Все пациенты получали традиционное медикаментозное лечение. Пациентам основной группы на фоне медикаментозного лечения проводилась лазеромагнитопунктура. Пациенты контрольной группы получали только медикаментозную терапию.

Лазеропунктура проводилась с помощью аппарата «Женьшень М». Воздействие на АТ и ТТ осуществлялось лазерным лучом мощностью 25мВт с длиной волны 0,650мкм, магнитной индукцией 10-30 мТл. Экспозиция на АТ до 2 мин. После воздействия на точки проводилось надвенное лазерное облучение на кубитальную область с экспозицией 20 мин. Использовались акупунктурные и триггерные точки (а-ши) в области пораженных мышц и зоне отражения боли. С целью уменьшения вегетативных симптомов включались АТ с анальгетическим и вегетативным регулирующим действием. Воздействие проводилось на АТ канала мочевого пузыря (V) – V3, 4, 5, 7, 9, 10, канала желчного пузыря (VB) – VB 1,2,3,4,5,6,7,12,20, канала трех обогревателей (TR) – TR5, 15, 23, толстого кишечника (GI) – GI4, 10,11, заднесрединного меридиана (VG) – VG24, VG22, VG19, VG20, канала желудка (E) – E 8, 36, 42, 45, селезенки-поджелудочной железы (RP) – RP6. На одну процедуру ЛП использовалось 10-12 АТ, комбинировались локальные и точки широкого спектра действия, курс лечения 10 процедур, ежедневно.

До и после лечения оценивались клинические проявления заболевания, а также определялись сроки купирования болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), эффективность лечения пациентов с МФБС лица. После проведенного лечения пациентам предлагалось оценить эффективность лечения по пятибалльной шкале: отличный – 5 баллов, хороший – 4 балла, удовлетворительный – 3 балла, без изменений – 2 балла, ухудшение – 1 балл. В последующем для сравнительного анализа рассчитывался средний балл.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения отмечалось заметное уменьшение болевого синдрома (уменьшение интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале на 50% и более от исходного уровня) в группе с применением лазеропунктуры от 80 баллов до 20 к 7-8 процедуре. В контрольной группе болевой синдром уменьшался в меньшем объеме и составил 52,5 балла.

У 10 пациентов болевой синдром полностью купировался, у 23 произошло значительное улучшение, у 5 отмечено улучшение состояния. Критериями оценки эффективности комплексного лечения пациентов явились: ослабление болевого синдрома, уменьшение вегетативных симптомов. Следует отметить, что в процессе лечения в группе пациентов, которым назначались методы лазеропунктуры не отмечалось категории «ухудшение». При проведении методов лазеропунктуры не наблюдалось неблагоприятных побочных явлений и осложнений ни во время проведения процедуры, ни после их завершения. После окончания курса ЛП все пациенты отмечали улучшение сна и состояние «психологического комфорта».

Заключение

Таким образом, включение в комплексную терапию с МФБС лица метода лазеропунктуры повышает эффективность лечения, что подтверждается достоверным уменьшением болевого синдрома, вегетативных проявлений заболевания, улучшением качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Актуальные вопросы лазерной терапии. Сборник статей / Под. ред. С.В. Москвина. – М –Тверь:ООО “Издательство “Триада”, 2019. – 176с.
2. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии.–М.:–Наука.–1986.–576с.