*П.К Гузалов, Д.П. Зиганшина, А.К Василъкин, П.С. Головачев Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Частота выявления болевых синдромов составляет от 30 до 78%. Одним из самых распространенных патогенетических вариантов болевых синдромов является боль нейрогенной природы. Развитие нейрогенных болевых синдромов связано с повреждением структур периферической или центральной нервной систем, участвующих в проведении ноцицептивных сигналов, и, в частности, с развитием морфофункциональных изменений в травмированном периферическом нерве. Моделью нейропатической боли в нашем исследовании послужили болевые синдромы, вызванные компрессионно-ишемическими и травматическими невропатиями (ТН).

Компрессионно-ишемические невропатии (КИН) - это заболевание нервного ствола и его ветвей, вызванное локальным раздражением, компрессией и ишемией в анатомически и биомеханически уязвимых местах прохождения нерва. Данное заболевание полиэтиологично, но чаще обусловлено травматическими, дисгормональными, обменными и вазомоторными нарушениями, а также местными компремирующими воздействиями в области «ловушечных» пунктов. При этом обычно наблюдаются боли по ходу ствола нерва и болезненность при его пальпации. Боли могут усиливаться при проведении провокационных тестов, основанных на механическом раздражении нерва или на его кратковременной ишемизации в горизонтальном положении или при поднимании руки вверх (постуральная провокация), а также при перкуссии или пальпации поперечной связки запястья (симптом Тинеля). Травматические поражения нервных стволов часто встречаются в связи с бытовым, транспортным или производственным травматизмом. В большинстве случаев в мирное время травмируются нервы верхних конечностей (около 90% всех травм), и только небольшой процент приходится на нервы ног.

Травма может вызвать сотрясение нерва, ушиб, сдавление, растяжение и разрыв. В результате травмы нерва возникают его структурные изменения как в аксонах, так и в телах нейронов. Использование монохромного некогерентного низкоинтенсивного светового излучения (фотохромотерапии) в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы находит все большее распространение в последние годы. Низкоэнергетическое световое воздействие является наиболее естественным, безопасным и комфортным методом. Отмечается избирательность различных биологических и патофизиологических процессов к спектральному диапазону воздействующего излучения и существует некоторое пороговое значение плотности мощности излучения (энергетической дозы) для их запуска. Все это привело к формированию нового направления физиотерапевтического лечения -фотохромотерапии (ФХТ).

Целью настоящего исследования является изучение эффективности монохромного некогерентного низкоинтенсивного светового излучения (фотохромотерапии) синего спектра (средняя длина волны 470 нм) в лечении нейропатической боли.

В основу работы положены результаты наблюдения 45 больных с различными вариантами КИН и 18 больных с ТН в возрасте от 18 до 75 лет, находившихся на лечении в клинике нервных болезней СПбМАПО, на отделении хирургии периферической нервной системы РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, в неврологическом отделении больницы Св. Елизаветы и в городском центре физических методов лечения на базе больницы Св. Елизаветы. Всем пациентам проводили стандартное клинико-неврологическое обследование. На основании патопсихологических исследований, проведенных с помощью четырехсоставной визуально-аналоговой шкалы боли (Quadruple Visual Analogue Scale) (ВАШ), характеризовали интенсивность болевого синдрома. Для идентификации нейропатического характера боли был использован диагностический опросник нейропатической боли (DN4). Для оценки показателей качества жизни (КЖ) был использован опросник SF36, «SF-36 Health Status Survey». Все исследования проводились до и после курса фотохромотерапии.

В результате после лечения ФХТ в обеих группах отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома. Данные ВАШ указывали на достоверность снижения интенсивности болевого синдрома у больных с КИН и ТН. Также нами отмечена положительная динамика оценки КЖ.

Таким образом, применение монохромного некогерентного низкоинтенсивного светового излучения (фотохромотерапии) синего спектра (средняя длина волны 470 нм) у больных с КИН и ТН способствует достоверному уменьшению болевого синдрома нейропатического генеза и улучшению качества жизни больного.