

Лукина Е.В., Колесов В.Н.

Применение низкоинтенсивного гелий-неонового лазерного излучения у больных с мигренозной головной болью

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: мигрень, гелий-неоновый лазер.

Мигрень – это наиболее изученная к настоящему времени форма головной боли. Она была уже хорошо известна врачам девятнадцатого столетия. А первые описания мигрени принадлежат еще Гиппократу. Мигрень – это пароксизмальное состояние, проявляющееся приступами пульсирующей головной боли в одной из половин головы, преимущественно в глазнично-лобно-височной области, или может иметь двустороннюю локализацию. Приступ сопровождается тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией.

В основе патогенеза приступа мигрени лежат следующие факторы: серотонинэргические влияния, активация тригеминоvascularной системы, генетически детерминированная лимбико-стволовая дисфункция. Кроме того, немалую роль в инициации приступов мигрени играют как непосредственно гормональные изменения, так и сопутствующие эмоциональные расстройства, что в особенности часто встречается у женщин.

Мигрень неизлечима вследствие ее наследственного характера. Выделены 3 гена, отвечающие за передачу мигрени в поколении.

Целью лечения заболевания является уменьшение частоты и интенсивности приступов, т.е. улучшение качества жизни больного. Другими словами, нужно научить пациента жить с болезнью.

Для купирования приступа мигрени используются как фармацевтические средства, так и немедикаментозные методы. В настоящее время в мире имеются 3 группы препаратов с научно доказанной эффективностью в отношении мигрени: нестероидные противовоспалительные средства; препараты спорыньи (эрготамин, дигидроэрготамин) и триптаны. Среди альтернативных способов используют физические и поведенческие методы терапии.

Нами для купирования приступа мигрени использовалось низкоинтенсивное гелий-неоновое лазерное излучение, т.к. НИЛИ оказывает регулирующее влияние на церебральную гемодинамику, гемокоагуляцию, оказывает обезболивающее действие, подавляет нейрогенное асептическое воспаление.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных от 17 до 40 лет, страдающих мигренозной головной болью от 2-х до 17 лет. Среди них было 6 мужчин и 21 женщина.

У этих больных лазеротерапия производилась нашим оригинальным способом чрескожного облучения крови в бассейне общей сонной артерии. Этот метод обладает широким спектром лечебного действия, быстротой проявления и длительностью сохранения терапевтического эффекта, простотой и высокой экономичностью, а также возможностью применения в амбулаторной практике. При этом нами использовались гелий-неоновые лазерные установки АФЛ-1 и АФДЛ – 1. Длина волны излучения – 0,63 мкм, мощность излучения – 20-25 мВт. Для доставки энергии в точку приложения использовался гибкий моноволоконный световод диаметром 0,2 мм и длиной 130 см.

Воздействие производилось поочередно с двух сторон, при этом жесткий наконечник световода устанавливался в проекции зоны общей сонной артерии на уровне перстневидного хряща, придавливая кожу на глубину 7-8 мм. Продолжение одного сеанса – 20 минут, курс лечения варьировал от 5 до 10 сеансов. Эффект определялся по субъективным признакам, динамике неврологической симптоматики, данным транскраниальной доплерографии, изменению вязкости и гематокрита.

Клинический эффект наступал обычно к концу первого сеанса. Интенсивность боли снижалась, уменьшалось чувство жжения и слезотечения. Болевой синдром восстанавливался к концу третьего-четвертого месяца, но был менее выраженным.

Таким образом, использование низкоинтенсивного гелий-неонового лазерного излучения для купирования приступа мигрени является эффективным и патогенетически обоснованным.