**Тромбофлебит**

Тромбофлебит- воспаление вен челюстно-лицевой области, сопровождающееся их тромбозом (закупоркой). Вызвать тромбофлебит могут любые воспалительные инфекционные процессы, сопровождающиеся попаданием микроорганизмов в кровеносные сосуды...

Тромбофлебит- воспаление вен челюстно-лицевой области, сопровождающееся их тромбозом (закупоркой). Вызвать тромбофлебит могут любые воспалительные инфекционные процессы, сопровождающиеся попаданием микроорганизмов в кровеносные сосуды.  
В челюстно-лицевой области тромбофлебит чаще развивается от фурункулов, абсцессов или флегмон с переходом воспалительного процесса на стенки кровеносных сосудов. Изменение стенки сосуда способствует образованию тромба.  
При возникновении тромбофлебита появляется высокая температура, уплотнение, отек и боли по ходу соответствующей вены.  
Нарушение кровообращения в области глазницы сопровождается нарушением зрения. В дальнейшем при развитии процесса может начаться гнойный процесс в зоне образования тромба.  
**Лечение** консервативное (без операции). Назначаются лекарственные препараты противовоспалительного и понижающего свертываемость крови действия. При образовании гнойников в клетчатке по ходу вен (абсцессы, флегмоны) их вскрывают.  
  
**Профилактикой** тромбофлебита челюстно-лицевой области является санация полости рта, при которой врач-стоматолог обязательно проверяет все зубы, удаляет зубной налет и зубной камень, пролечивает кариес.

**Периодонтит.**

1. Хронический фиброзный периодонтит:

* флюктуирующие токи, СМТ-, ДДТ-терапия;
* ульразвуковая терапия;
* электрофорез анестетиков (новокаина, аналгина, тримекаина).

1. Все остальные формы периодонтита лечатся после вскрытия пульпы. Назначают:

* УВЧ-терапия;
* микроволны: СМВ-, ДМВ-терапия;
* магнитотерапия;
* лазерное облучение периодонта.

**Постпломбировочная боль.**

1. Ультразвуковая терапия.
2. Микроволны: СМВ-, ДМВ- терапия.
3. Электрофорез анестетиков (анальгина, новокаина, тримекаина).
4. Лазерная терапия.

**Регионарный лимфаденит.**

1.УВЧ-терапия на область очага.

1. Микроволны: СМВ-, ДМВ-терапия.
2. УФО на область очага.
3. Ультразвуковая терапия.

**Альвеолит.**

1. УФО на слизистую.
2. Дарсонвализация слизистой в проекции альвеолы и на зону иррадиации боли.
3. Электрофорез анестетиков.
4. СМТ-, ДДТ-терапия.

**Периостит.**

1.При серозном периостите (посттравматическом):

* УВЧ-терапия;
* СМВ-терапия;
* магнитотерапия.

2. При гнойном периостите физиотерапия назначается только после хирургического вскрытия очага на следующий день:

* УФО на слизистую полости рта;
* УВЧ-терапия;
* в последующем при образовании остаточного инфильтрата показана ультразвуковая терапия;
* в тяжелых случаях комбинируют ультразвук с парафиновыми аппликациями.

**Сиалоаденит.**

При остром сиалоадените:

1. Обильное питьё минеральной воды.
2. Лёгкое сухое тепло:

- Соллюкс,

* Лампа Минина,
* Инфраруж.

1. УВЧ-терапия.
2. Микроволны: СМВ-терапия.
3. Лазерная терапия накожно.

При хроническом сиалоадените:

- ультразвуковая терапия.

- электрофорез йода, лидазы.

* тепловые воздействия: парафин, озокерит, гальваногрязи.
* вибротерапия для замедления развития соединительной ткани: СМТ-, ДДТ-терапия.

**Фурункул лица.**

Консервативное лечение только при не прогрессирующей инфильтрации вокруг очага.

В начальной стадии:

* УФО,
* легкое сухое тепло – лампа Минина,
* микроволны: СМВ-, ДМВ-терапия,
* дарсонвализация мощной короткой искрой,
* лазерная терапия.

В стадии инфильтрации:

* УВЧ-терапия для ограничения и быстрейшего развития воспаления,
* флюктуирующие токи.

В стадии абсцесса только после вскрытия очага на следующий день:

* УФО,
* УВЧ-терапия,
* лазерное облучение для заживления раны.

**Артриты височно-нижнечелюстного сустава.**

Физиотерапевтическое лечение – основное.

Острый период:

* УФО в эритемной дозе,
* УВЧ-терапия,
* лекарственный электрофорез: йода, лидазы, аналгина, бутадиона,
* микроволны: СМВ-, ДМВ-терапия,
* магнитотерапия.

Подострый и хронический периоды:

* лазерная терапия,
* электрофорез кальция, йода, салицилата,
* ультразвуковая терапия,
* тепловые процедуры: парафин, озокерит, нафталановая мастика.

**Стоматиты.**

Острый стоматит:

* лазерная терапия – наиболее эффективна.
* УФО,
* электрофорез магния.

Хронический стоматит. Он связан с нарушением функции желудочно-кишечного тракта. Лечить их тяжело. Рекомендуют кишечные промывания, энтеросорбенты.

Назначается общая и местная физиотерапия.

Общая физиотерапия:

* гальванизация и ультразвук на шейные симпатические узлы,
* УФО на воротниковую зону,
* СМВ-терапия на область надпочечников.

Местная физиотерапия:

* ультразвук с гепарином,
* дарсонвализация,
* лазерная терапия.

# Подготовила заведующая ФТО Кудерская Татьяна Константиновна ЛПУ «2-ая центральная районная поликлиника» г. Минска

**Тромбофлебит** — воспаление венозной стенки с образованием в просвете вены тромбов. Как правило, тромбофлебит обозначает воспаление поверхностных, подкожных вен. Очень часто тромбофлебит развивается на фоне варикозной болезни и хронической венозной недостаточности. Поверхностные тромбофлебиты при варикозе склонны повторяться, а так же способны прогрессировать и вызывать тяжелые осложнения.

Основными жалобами при тромбофлебите является уплотнение в области вены, покраснение и боль. Иногда повышается температура тела. Тромбофлебит склонен мигрировать и распространятся вверх и вних, порой проникая в глубокие вены. Тромбофлебит опасное заболевание и без правильного лечения тромбофлебит нередко приводит к осложнениям ([тромбоэмболии](http://www.venart-swiss.ru/phlebology/pub/pub_7.html) легочной артерии, сепсису, тромбозу глубоких вен).

Важно дифференцировать тромбофлебит от других заболеваний. Наиболее сложно отличить тромбофлебит от рожистого воспаления.

**Тромбоз глубоких вен (флеботромбоз)** — более коварное заболевание. Клиническая картина тромбоза зависит как от местонахождения тромба, так и от степени закупорки им просвета вены. Флеботромбоз характеризуется отеком и синеватой окраской ноги при минимально выраженном болевом синдроме, почти без общей реакции организма: если она имеется, то проявляется небольшим повышением температуры тела, легким недомоганием и слабостью.

Причины венозного тромбоза

1. Венозный застой. Он может быть обусловлен врожденной недостаточностью венозных клапанов, варикозной болезнью, беременностью, длительной обездвиженностью в одной позе (в самолете, в автобусе). Замедление тока крови способствует реакции тромбообразования. Простым примером является сворачивание крови в пробирке.
2. Повышение свертывающего потенциала крови (гиперкоагуляция). Иногда гиперкоагуляция бывает наследственно обусловленной, и изучение генетических особенностей позволяет выявить врожденную предрасположенность к тромбозам (тромбофилию). Чаще причиной для повышения свертываемости является обезвоживание (в жаркую погоду, при злоупотреблении алкоголем), инфекционные заболевания с высокой температурой, длительный и бесконтрольный прием гормональных контрацептивов. Гиперкоагуляция — один из ранних признаков онкологического заболевания, поэтому при тромбозах необходимо обследовать пациента с онконастороженностью.
3. Повреждение венозной стенки. Может быть связано с инфекцией окружающих тканей, травмой костей и тяжелыми ушибами. Примером служат тромбозы и отеки после переломов лодыжек.

Чаще всего тромбозы развиваются при сочетании этих факторов. Поэтому устранение одного из факторов уменьшает вероятность флеботромбоза.

Последствия тромбозов и тромбофлебитов

**Правильное лечение тромбофлебита** приводит к быстрому стиханию воспалительного процесса и исчезновению болей. Однако через месяц после заболевания необходимо устранить его причины. При варикозной болезни — выполнить удаление варикозно-расширенных вен или альтернативное радикальное лечение тромбофлебита. При спонтанном тромбофлебите необходимо исследовать свертывающую систему крови и при ее нарушениях назначать специальное лечение.

После перенесенного глубокого флеботромбоза первый год определяет дальнейшее состояние венозной системы пораженной нижней конечности. В этот год необходимо строго придерживаться рекомендаций флеболога или оперировавшего хирурга. Максимальное восстановление проходимости вен, достигнутое с помощью лечения значительно улучшает состояние венозного оттока. Если в ближайшие 2-3 года развивается тяжелая посттромботическая болезнь, проводится комплексное исследование вен, при возможности выполняются хирургические вмешательства для улучшения венозного оттока.

Профилактика тромбофлебита и глубокого венозного тромбоза

1. Лечение варикозной болезни и хронической венозной недостаточности:
2. Устранение факторов риска ([эластичные чулки или гольфы](http://www.venart-swiss.ru/phlebology/methods/methods_7.html) в самолете и при беременности, обильное питье в жаркую погоду, профилактика при хирургических вмешательствах):
3. Внимание к своему здоровью и обращение к специалисту при малейшем подозрении.

|  |
| --- |
| **ФИЗИОТЕРАПИЯ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ В СТОМАТОЛОГИИ**  П.И.Щеколдин **доктор медицинских наук,профессор, заведующий кафедрой физиотерапии и курортологии ФПК и ПП УГМА** |

|  |
| --- |
| Физические методы лечения в настоящее вре мя широко применяются в стоматологии не только для снятия местных проявлений патологического процесса,но для воздействия на патогенетичес кие механизмы заболевания [1,2,3,4 ].При их ис пользовании возникает необходимость учета сле дующих особенностей:  а)высокая электропроводность слизистой поло сти рта по сравнению с кожными покровами,на личие слюны,патологических экссудатов при применении методов электролечения (гальва низация,трансканальный электрофорез,им пульсные токи)требуют тщательной фиксации электродов в полости рта и подбора индивиду альных параметров тока;  б)интенсивная васкуляризация тканей,богатая иннервация и непосредственная связь с обра зованиями центральной нервной системы мо гут быть причиной местных и генерализованных тканевых реакций при заболеваниях челюстно лицевой области,что необходимо учитывать при выборе фактора и способа подведения энергии в зависимости от характера патологического процесса;  в)эффективность физиотерапии в комплексе ле чебных мероприятий при стоматологических за болеваниях в значительной степени зависит от качества и полноты объема лечебных манипу ляцияй (эндодонтия,пломбирование каналов, снятия над и поддесневых зубных отложений).  Заболевания нервов челюстно лицевой обла сти чаще всего проявляются в виде НЕВРАЛГИЙ и характеризуются слабовыраженными анатомичес кими изменениями в нервном стволе,а клиничес ки проявляются в виде приступообразных ,остро возникающих,резко выраженных пароксизмов ,бо лей распространяющихся в зоне иннервации од ного,реже нескольких нервов [5,6 ].  **НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**  Причины возникновения крайне разнообразны: деструкция костных каналов,по которым прохо дят ветви тройничного нерва,патология зубов,ги перпластические процессы на основании черепа, разрастания интерстициальной ткани внутри не рвного ствола,сращения твердой мозговой оболоч ки с костями черепа.  Наиболее характерный признак – приступ боли в зоне иннервации на лице (I II III),поэтому говорят о невралгии первой ветви,второй или третьей. Приступ невралгических болей сопровождает ся судорогой мимических мышц одноименной по ловины лица.Боли возникают спонтанно или прово цируются приемом пищи,стоматологическими или ЛОР манипуляциями,инфекциями.Частота и сила болевых приступов различны у разных больных.Во время их у больного может быть двигательное бес покойство,возможно покраснение кожи лица в об ласти распространения болей,слезотечение.Если течение болезни благоприятное,то после несколь ких приступов и непродолжительного времени (дни, недели)процесс прекращается и боли стихают. Обычно это бывает при инфекционной форме не вралгии (грипп,аденовирусные инфекции,ангины). В тяжелых случаях и у пожилых людей,у которых это заболевание встречается чаще,невралгичес кие боли могут быть особенно сильными,присту пы частыми и продолжительными.  **ЦЕЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ** – уменьшить частоту и выраженность приступов болей,оказать противо воспалительное,болеутоляющее,сосудорасширя ющее действие в зоне поражения ветвей тройнич ного нерва.  **В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ** при сильных болях на значают следующие физические факторы:элект рическое поле УВЧ (э.п.УВЧ)на болевые зоны и точки выхода ветвей V нерва,дозировка нетепло вая или слаботепловая (15 20 вт),продолжитель ность 10 15 мин,№8 10,ежедневно.Методом вы бора является СМВ терапия (“Луч 2 ”,“Луч 3 ”)на болевые и триггерные зоны устанавливают излу чатель диаметром 3,5 см,контактно,мощность 3 4 Вт,продолжительностью 3 5 мин на точку (всего 10 15 мин),на курс №8 10 ежедневно.  После этих воздействий назначают ультразвук (УЗ)или ультрафонофорез гидрокортизона или анальгина на болевые или триггерные зоны.Виб ратор,площадь излучателя – 1 см 2 ,,интенсивность 0,05 0,2 вт/см 2 ,режим импульсный,длительность импульса – 4 мс или 10 мс;;методика стабильная, продолжительность 3 5 мин на одно поле,общее время 10 15 мин,на курс №8 10 процедур.  Флюктуоризацию болевых зон,воздействуют малыми локальными электродами,биполярный симметричный флюктуирующий ток 3 5 мин,бипо лярный асимметричный 3 5 мин,электрод катод на стороне боли.Общая продолжительность воз действия на лице – 20 мин,,№10 на курс (1 или 2 раза в день,с интервалом 5 6 часов,повторные курсы с интервалом 2 3 недели).  Диадинамические токи (ДДТ)(метод выбора) на болевые или триггерные зоны,воздействуют на точки малыми локальными электродами:ток КП 3 5 мин на точку (на лицо 15 20 мин),сила тока – до ощущения умеренной вибрации,электрод катод на стороне боли.  При интенсивных болях проводят не только локальное,но и сегментарно рефлекторное воз действие диадинамическими токами :а)на звезд чатый узел;б)область проекции верхних шейных симпатических узлов;в)височные артерии.Лока лизация электродов и параметры токов:  А)электроды диаметром 3 см располагают пара вертебрально поочередно слева или справа на уровне сегментов С I V – Th II (анод проксималь но,катод – дистально)),ДН – 3 5 мин.Сила тока до ощущения умеренной вибрации;  Б)электрод катод диаметром 3 см устанавлива ют на 2 см сзади от угла нижней челюсти,элек трод анод таких же размеров – на сосцевидный отросток,ДН – 5 8 мин.Сила тока – до ощуще ния умеренной вибрации – 5 8 мА).Воздейству ют на верхние шейные симпатические узлы по очередно справа и слева;  В)малые локальные электроды располагают в об ласти проекции височных артерий,ток ОН ±1 2 мин,затем ток КП ±3 мин.Курс лечения – 8 10 процедур ежедневно.  Затем,курс лазеропунктуры на болевые точ ки,интенсивность (ППМ)– 100 150 мвт/см 2 ,экс позиция – 1 3 мин на точку или зону наибольшей болезненности.Курс лечения 10 15 процедур ежед невно.  Синусоидальные модулированные токи (СМТ) на точки выхода ветвей V нерва и болевые точки. Электроды – малые локальные,,режим перемен ный (выпрямленный),род работы III,IV,частота – 100 70 Гц,глубина модуляции 25 50 75%,длитель ность посылок токов 2 3 сек по 3 4 мин каждым родом работы на точку;общая продолжительность воздействия до 20 мин,№8 10,повторные курсы через 2 3 недели.  Дарсонвализация волосистой части головы (при иррадиации боли на волосистую часть)и во ротниковой зоны.Продолжительность 5 10 мин, №8 10,ежедневно.  При стихании болей рекомендуется электро форез методом полумаски Бергонье лекарствен ные вещества местноанастезирующего действия (новокаин,лидокаин,димедрол,анальгин из 25% димексида – с анода)),противовоспалительного (са лицилат натрия,йодид калия – с катода)),сосудо расширяющие (сульфат магния,платифиллин – с анода),фибролитического действия (лидаза,ро нидаза – с анода)),сила тока от 1,5 до 3 mA,про должительность 15 20 мин,№10 15 ежедневно или через день.  ДДТ или СМТ –электрофорез перечисленных выше лекарственных веществ местноанестезиру ющего действия методом полумаски по Бергонье: ДДТ – ДН 10 15,КП 5 мин (без смены полярнос ти);СМТ – режим выпрямленный,,Р.Р.I,частота 150 Гц,глубина 50%,10 15 мин,№8 10,ежедневно. Электросон,частота 90 120 Гц,сила тока до 7 mA,время – 20 4 6 мин,,№15 20 ежедневно. Центральная электроаналгезия (“ЛЭНАР ”)ча стота 200 300 Гц,с переходом на 900 1000 Гц,дли тельность имп.0,15 0,5 мс,сила тока до 3 mA,про должительность 30 40 60 мин,№15 20,ежедневно. При снятии болевого синдрома и в хронической стадии рекомендуется:  грязевые аппликации на воротниковую зону,на пораженную половину лица,температурой 38 40 о С,продолжительность 15 20 мин,№10 12 ч/день или ежедневно.  радоновые ванны,концентрация радона 3 4,5 кБк /л (80 120 нКи/л),температурой 36 37 о С, продолжительностью 10 15 мин,№8 10 ч/день, и массаж ТА,точек выхода на лице и воротнико вой зоны,ежедневно № 10 12;хлоридные йо добромные ванны температурой 36 37 о С,про должительностью 10 12 мин,через день,№10 12 на курс лечения.  **НЕВРАЛГИЯ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА** – синдром Сладера. Этой разновидности невралгии присущи при ступы болей в области глаза,распространяющие ся на зубы,корень носа,надбровную область,по ловину лица,ухо,темя,затылок.Возможна ирра диация болей в язык,мягкое небо,а также шум в голове,головокружение,звон в ухе,гиперстезия к звуку и свету.Объективно – гиперемия кожи лица,, конъюктивиты на стороне поражения,слезо и слю нотечение усилены.Продолжительность приступа до 50 60 сек.Часто приступ обрывается внезапно, могут быть длительное время парестезии в зоне болевых ощущений.  **ЦЕЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ** – уменьшить частоту приступов,выраженность неврологических прояв лений и вегетативно трофических расстройств на лице.При сильных болях,в остром периоде реко мендуется:  э.п.УВЧ на область проекции решетчатых и око лоносовых пазух тангенциально в нетепловой или слаботепловой дозе (15 20 Вт),продолжи тельность 15 20 мин,№8 10 ежедневно или че рез день;  СМВ терапия (“ЛУЧ 2 ”,”ЛУЧ 3 ”)на область про екции решетчатых или околоносовых пазух,ди аметр излучателя 3,5 см,мощность 3 5 Вт,про должительность 10 мин,ежедневно,№8 10;  Флюктуоризация на болевые зоны биполярным симметричным (5 10 мин)и биполярным асим метричным (5 10 мин)токами.Затем,воздей ствуют на область проекции шейных (верхних) симпатических узлов биполярным симметрич ным током по 5 8 мин поочередно слева и спра ва.Сила тока – до ощущения умеренной вибра ции,№8 10.Повторный курс через 2 3 недели; ДДТ малыми локальными электродами на зоны проекции болей,ток ДП – 20 30 сек,затем ток КП – 3 5 мин на поле (без смены полярности), продолжительность на лицо 15 20 мин,повтор ный курс через 2 3 недели.  СМТ на болевые зоны,локально – режим пере менный (выпрямленный)род работы III ,IV ,ча стота 100,75 Гц,глубина модуляции – 50%%,дли тельность посылок 2 3 сек по 3 5 мин каждым родом работ,№8 10,ежедневно;  Новокаин или лидокаин (седуксен,димедрол) электрофорез эндоназально,сила тока до 1 3 mA,продолжительность –10 12 15 мин,№12 15,ежедневно.  **ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ** – на болевые точки ((4 6 точек на лице),интенсивность (ППМ)–150 200 мВт/см 2 , экспозиция 1 5 мин на поле,№10 15 ежедневно. При стихании острых болей,в стадии хрони ческого течения рекомендуется УВЧ индуктотер мия (“ЭВТ ”электрод)на область проекции решет чатых и околоносовых пазух,резонансный индук тор диаметром 60 мм,доза слаботепловая ((вы ходная мощность 15 20 Вт),продолжительность – 10 мин,№10,ежедневно или через день.  Затем,курс ультразвуковой терапии или ульт рафонофореза гидрокортизона,бутадиона,трило на Б на проекцию болей (околоносовые пазухи и зоны болей),интенсивность ультразвука 0,05 0,2 вт/см 2 ,вибратор площадью 1 см 2 ,режим непре рывный,стабильно,с переходом на лабильную методику контактно,продолжительность 8 10 мин, №10 12,ежедневно или через день.  Положительные результаты получены при ис пользовании электрофореза ацетилсалициловой кислоты (или салицилата натрия)(5%или 1%из 50% ДМСО)на проекцию придаточных пазух,сила тока до 3 mA ,продолжительность 15 20 мин,№15 20. Применение физиотерапии эффективно толь ко после санации всех очагов инфекции (полость рта,придаточные пазухи носа).  **НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА** Чаще у пожилых людей;в качестве этиологи ческих факторов играет определенную роль ате росклероз сосудов головного мозга,обменные на рушения,опухоли,остеофиты в области яремного отверстия,рубцовые изменения в корешках,череп но мозговых нервов.  Характер приступов – боль возникает в корне языка,распространяется на мягкое небо,горло и ухо,а иногда на глаз или даже в область шеи с од ной стороны,продолжительность приступа 2 3 мин.В момент приступа возникает кашель,сухость в горле с последующей гиперсаливацией.Присту пы провоцируются приемом пищи,глотанием,гром кой речью.  **ЦЕЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ** – уменьшить частоту приступов,улучшить кровоснабжение,трофику тка ней в зоне иннервации языкоглоточного нерва. При частых приступах рекомендуется исполь зовать СМТ на область проекции шейных симпати ческих узлов раздвоенные электроды располага ют на грудинно ключично сосцевидные мышцы, индифферентный – на затылок..Режим перемен ный,род работы III,IV – частота 150,,100 Гц,глуби на модуляции – 50 75%,длительность посылок то ков – 2 3 сек,по 3 5 мин каждым родом работы, №8 10 ежедневно;на курс лечения 8 10 процедур. Заслуживает внимания применения ганглерон электрофореза СМТ с анода ((0,5%р р)паравер тебрально (С I V –Th III )режим выпрямленный,I Р.Р, частота 150 Гц,глубина модуляции 50 75%,про должительность 10 15 мин,на курс лечения №10 15 процедур,ежедневно.  Магнитотерапия (ПеМП)аппарат “Полюс 1 ”, “Полюс 2 ”,”Полюс 3 ” на шейно верхнегрудные сегменты позвоночника паравертебрально,индук торы прямоугольной формы,магнитная индукция –25 мТл,продолжительность 15 25 мин,№10 2 или лечение постоянными магнитами (магнитная индукция 25 30 мТл),продолжительность 6 8 ча сов,на курс лечения №15 20 процедур.  Лазеропунктура на биологически активные точ ки (БАТ)лица и зону иннервации языкоглоточного нерва,ППМ – 1 2 мВт/см 2 ,экспозиция 1 5 мин на точку,№10 15,ежедневно.  При рецидивирующем характере болевого син дрома можно рекомендовать также лечебное при менение флюктуирующих токов,электрофорез но вокаина,ультрафонофорез гидрокортизона,гепа рина,эуфиллина,анестезина,компламина на лицо (триггерные зоны)и паравертебрально.  **НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫЧНОГО НЕРВА (глоссалгия)** - Заболевание носит хронический характер, причины многообразны:заболевания желудочно кишечного тракта,нейроэндокринные нарушения (диабет,ожирение),функциональная неполноцен ность вегетативной нервной системы,раздраже ние симпатических волокон периартериального сплетения язычной артерии.  В клинике заболевание обращает внимание наличие сенестопатий и парестезий,приступы бо лей,жжение,пощипывание,распирание в одной половине или на кончике языка,часто имеют мес то трофические нарушения.  Для ослабления болей и неприятных ощуще ний в языке назначают: Электросон,частота импульсов 90 120 Гц, продолжительность 30 40 60 мин,№ 12 15 ежед невно.Электрофорез веществ седативного харак тера эндоназально (седуксен,оксибутират натрия, новокаин,димедрол),продолжительность 10 15 мин,сила тока до 1 3 mA,через день и сосудорас ширяющие (сульфат магния,эуфиллин,никотино вая кислота,платифиллин,компламин)на ворот никовую зону – сила тока до 15 mA,,на курс лечения №10 12 процедур.  Флюктуоризация языка при поперечном рас положении электродов биполярным симметрич ным (5 мин)и биполярным асимметричным (5 мин) токами с последующим воздействием на область проекции верхних шейных симпатических узлов, продолжительность 10 мин.  СМТ поперечно на язык с последующим воз действием на шейные симпатические узлы.Пара метры:режим переменный I,IV Р.Р.,частота 150, 100 Гц,глубина модуляции – 75 100%,длитель ность посылок токов 2 3 сек,по 3 5 мин каждым родом работы,№8 10,на курс лечения 10 12 про цедур.  Ультразвук или ультрафонофорез 5%анальги на +5%ДМСО через специальный язычный элект род (аппараты “УЗТ 1.02С или 3.04С),интенсив ность 0,2 0,4 вт/см 2 стабильно,режим генерации ультразвука непрерывный 5 6 мин,№8 10 через день.Кроме того,назначают озвучивание шейных симпатических узлов:вибратор площадью 1 см 2 на 2 см сзади от угла нижней челюсти перемещают параллельно грудинно ключично сосцевидной мышце 3 5 мин слева и справа,№8 10 через день. Лазеропунктура на биологически активные точ ки лица и языка,интенсивность ППМ 1 2 мВт/см 2 , экспозиция 1 2 мин на точку,на лицо 8 10 точек, включая точки общего воздействия на курс 15 20 процедур,рекомендуется кроме этого массаж во ротниковой зоны,точечный массаж лица,хлорид ные натриевые цодо бромные ванны,№10.  Таким образом,своевременное и правильное назначение физических факторов в комплексной терапии лицевых болей в стоматологии купирует наиболее неприятные и тягостные для больного проявления:боль,отек,расстройства микроцир куляции и кровообращения.Это позволяет прове сти терапевтические и хирургические стоматоло гические вмешательства в наиболее благоприят ных условиях,что способствует быстрейшей реге нерации тканей и реабилитации больного.Исполь зование физиотерапии у больных с лицевыми бо лями способствует снижению тяжести клиничес ких симптомов патологического процесса и умень шению возникновения осложнений и хронизации процесса. |