

УДК 616. 31 - 089. 5: 615. 841. 1

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сиваков А. П.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра рефлексотерапии,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Лечение и профилактика возникновения болевых синдромов является важной задачей не только для стоматологической практики, но и для медицины в целом.

Цель исследования – рассмотреть современные подходы обезболивания методами восстановительной медицины и рефлексанальгезии.

Объекты и методы. Анализ научной литературы, посвященной современным подходам обезболивания методами восстановительной медицины и рефлексанальгезии, а также значительного собственного опыта.

Результаты. В настоящее время не только в Китае, но и в специализированных европейских клиниках акупунктурное обезболивание внедряется достаточно активно и в некоторых центрах данный вид обезболивания используется у 45-50% пациентов. Проведенные исследования убедительно доказывают эффективность использования корпоральных, аурикулярных и точек акупунктуры области лица для обезболивания в челюстно-лицевой области. С целью обезболивания в стоматологии методы РТ можно с успехом использовать как для усиления анальгезирующего действия других методов обезболивания, так и самостоятельно.

Заключение. Приведенные данные убедительно свидетельствуют об эффективности применения методов рефлексотерапии для обезболивания в стоматологической практике.

Ключевые слова: обезболивание в стоматологии; акупунктура; механизмы обезболивания; эндорфины; электроакупунктура; антиноцицептивная система; тригеминальная система иннервации.

REFLEXOTHERAPY OF PAIN SYNDROME IN DENTAL PRACTICE

Sivakov A. P.

*Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education,
Minsk, Republic of Belarus*

Introduction. Treatment and prevention of pain syndromes is an important task not only for dental practice, but also for medicine in general.

The aim of the study is to consider modern approaches to pain management using methods of restorative medicine and reflexoanalgesia.

Objects and methods. Analysis of scientific literature on modern approaches to pain management by methods of restorative medicine and reflexoanalgesia, as well as significant personal experience.

Results. Currently, not only in China, but also in specialized European clinics, acupuncture analgesia is being implemented quite actively and in some centers this type of analgesia is used in 45–50% of patients. The conducted research convincingly proves the effectiveness of using corporeal, auricular and acupuncture points of the facial area for analgesia in the maxillofacial area. For the purpose of analgesia in dentistry, RT methods can be successfully used both to enhance the analgesic effect of other methods of analgesia, and independently.

Conclusion. These data strongly demonstrate the effectiveness of reflexotherapy methods for pain relief in dental practice.

Keywords: anesthesia in dentistry; acupuncture; mechanisms of anesthesia; endorphins; electroacupuncture; antinociceptive system; trigeminal innervation system.

Введение. Лечение и профилактика возникновения болевых синдромов является важной задачей не только для стоматологической практики, но и для медицины в целом. Этим обусловлены поиски новых, более эффективных и современных методов лечения боли. Решение данной проблемы позволит снизить уровень тревоги, страха пациентов перед стоматологическим вмешательством, создаст более комфортные условия проведения процедуры как для пациента, так и для врача.

Цель исследования – рассмотреть современные подходы обезболивания методами восстановительной медицины и рефлексанальгезии.

Объекты и методы. Анализ научной литературы, посвященной современным подходам обезболивания методами восстановительной медицины и рефлексанальгезии, а также значительного собственного опыта.

Результаты. Болевой компонент сопутствующий стоматологическому вмешательству нередко вызывает у пациентов соматовегетативные дисфункции, формирует миофасциальные синдромы в области лица, сопровождающиеся нарушением функций мышц и может служить причиной отказа пациентов от стоматологических вмешательств [2]. Страх у пациента перед стоматологическим вмешательством может привести к формированию устойчивого фобического компонента, который, с одной стороны, усилит ощущение боли во

время вмешательства, а с другой может явиться причиной возникновения панических состояний, расстройств адаптации, соматовегетативных дисфункций, а также оказать негативное влияние на течение восстановительного периода после самого вмешательства [4].

Общепринятые средства обезболивания не всегда полно оказывают воздействие на компоненты, формирующие болевой синдром, при этом пациенты после обезболивания предъявляют различные жалобы вегетативного характера. У значительного числа пациентов выявляются аллергические реакции, которые определяют противопоказания к использованию данного метода обезболивания. Лекарственная болезнь, индивидуальные реакции и устойчивость к анестетикам, а также побочные реакции у пациентов, возникающие в ответ на увеличение дозы лекарственного средства, ограничивают возможности данного вида обезболивания. Указанное выше, безусловно, подчеркивает целесообразность поиска новых, современных методов борьбы с болью. Одним из таких направлений является восстановительная медицина, рефлексотерапия (РТ) [1, 3].

Последние десятилетия характеризовались повышенным интересом к исследованию механизмов РТ и обезболивания. Исследование данного вопроса позволяет сделать вывод о том, что в настоящее время эффективность обезболивания с помощью методов РТ подтверждена с точки зрения доказательной медицины. Обсуждая эти механизмы, общепринято выделять периферический уровень и центральные механизмы рефлекторного обезболивания. Воздействие на точки акупунктуры различными методами РТ посредством иглокалывания, электрическим током, лазерным излучением и т. д. достаточно эффективно. При этом доказано, что блокада, выполненная с помощью местных анестетиков, нивелирует эффект рефлекторной анальгезии. Не умаляя достоинства других структур нервной системы, следует отметить важную роль тригеминальной системы в модуляции и регуляции боли при обезболивании в стоматологии. Данная система оказывает контролирующее действие на афферентные стволовые рефлекторные механизмы, при этом реализуются разнообразные тригеминально-вагальные рефлексы через которые осуществляется воздействие на многие внутренние органы посредством включения в цепь ответной реакции ядра салитарного тракта с дальнейшим переключением на референтные вегетативные центры и специализированные отделы ретикулярной формации. В дальнейшем включаются гипоталамо-таламические механизмы реализации воздействия. На данном уровне также осуществляется регуляция вегетативных реакций на боль с выделением эндорфинов и энкефа-

линов, которые играют важную роль в эндогенном контроле боли. Нейрофизиологической основой для объяснения акупунктурного обезболивания при висцеральных болях является возможность конвергенции соматической и висцеральной ориентации на нейронах спинного мозга, ретикулярной формации, таламуса и коры головного мозга, что указывает на важную роль центральных и периферических структур нервной системы в механизмах рефлекторного обезболивания. Одним из проявлений влияния РТ на центральную нервную систему является восстановление межполушарной симметрии электроэнцефалограмм (ЭЭГ). Перестройка спонтанной и вызванной биоэлектрической активности головного мозга под влиянием РТ является нейрофизиологическим субстратом психоэмоциональных адаптивных реакций человека. Получаемые при этом седативный и релаксирующие эффекты, рассматриваются как положительные прогностические признаки эффективности применения РТ для обезболивания при стоматологических вмешательствах.

Функция антиноцицептивной системы формируется при наличии болевой стимуляции, то есть сама боль включает систему ее подавления. Это положение подтверждено исследованием с использованием метода магниторезонансной томографии. Показано, что болевой раздражитель (иглоукальвание, электроакупунктура) при воздействии на точки акупунктуры способен подавлять, вытеснять боль по принципу конкурентного антагонизма [5]. Различными исследованиями показана взаимосвязь между механизма действия акупунктуры и чувствительностью к наркотическим анальгезирующим средствам. У пациентов с недостаточной системой выработки эндогенных опиатов отмечаются снижение чувствительности к анестетикам и значительно менее выражены эффекты рефлексоанальгезии. Эффективность наркотических анальгезирующих средств и рефлексоанальгезии прямопропорционально зависит от физиологической активности антиноцицептивной системы и активности выброса эндогенных опиатов. При рефлекторном обезболивании уменьшение болевых ощущений достигаются применением не только фармакологических средств, но и различных методов немедикаментозного обезболивания, в том числе рефлексоанальгезии: иглоукальвание, электроакупунктуры, чрезкожной нейроэлектростимуляции и т. д. Считается доказанным, что воздействие на точки акупунктуры приводит к активации антиноцицептивной системы, а их раздражение сопровождается выбросом эндогенных олигопептидов морфиноподобной природы. Проведение классического иглоукальвания и, особенно электроакупунктуры позволяет уменьшить дозу анестетика

в несколько раз, то есть указанные методы способны потенцировать эффект наркотических анальгезирующих препаратов.

Участие эндогенных опиатов в формировании функции антиноцицептивной системы объективно подтверждено большим числом исследований. Ряд авторов, основываясь на нейрогуморальном механизме формирования рефлексо-анальгетического эффекта, доказали участие в его развитии опиатоподобных веществ. Эффект рефлекторного обезболивания заметно снижается при введении антагонистов опиатов.

В настоящее время не только в Китае, но и в специализированных европейских клиниках акупунктурное обезболивание внедряется достаточно активно и в некоторых центрах данный вид обезболивания используется у 45-50% пациентов. Проведенные исследования убедительно доказывают эффективность использования корпоральных, аурикулярных и точек акупунктуры области лица для обезболивания в челюстно-лицевой области. С целью обезболивания в стоматологии методы РТ можно с успехом использовать как для усиления анальгезирующего действия других методов обезболивания, так и самостоятельно. В практике стоматологии данные методы могут использоваться при лечении пульпита, глубоком хирургическом кюретаже патологических десневых карманов, удалении зубов, препарировании твердых тканей зубов и т. д. Исследователями предлагаются различные методики обезболивания в стоматологической практике. В. Н. Цыбуляк (1981), предлагает в практике обезболивания челюстно-лицевой хирургии использовать следующие корпоральные точки: G14, MC6, E2, E6, E7, E44 (используется номенклатура точек акупунктуры согласно общепринятой международной классификации). Выбор корпоральных точек для обезболивания в стоматологической практике связан с группами зубов верхней и нижней челюстей: верхняя челюсть (группы зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3; группы зубов 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 – основные точки E2; E7, G14; нижняя челюсть – (группы зубов 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 – основные точки E2; E7, G14; группы зубов 4.8, 4.7, 4.6, 4.5, 4.4, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 – основные точки E2; E6, G14, E44). Для усиления эффекта обезболивания указанные точки рекомендуется использовать симметрично [5]. W. Lowe (1973) для обезболивания при удалении зубов рекомендует учитывать локализацию следующих точек: зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 – основные точки VG26, GI20; зубы 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 – основные точки VC24, E6; зубы 1.3, 2.3 – основные точки VG26, GI20; зубы 4.3, 3.3 – основные точки VC24, E5; зубы 1.5, 1.4, 2.4, 2.5 – основные точки E7, IG18; зубы 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 – основные

точки VC24, E6; зубы 4.8, 4.7, 4.6, 3.6, 3.7, 3.8 – основные точки IG18, E6. Для усиления обезболивающего эффекта могут дополнительно использоваться следующие корпоральные точки: P7; GI2, GI3, GI11, E36, E42, E44, TR6, TR17, TR20, TR21, TR22, TR23, VB2, VB3, VB4, VB5, VB41, VC23, VC24.

Заключение. Приведенные данные убедительно свидетельствуют об эффективности применения методов рефлексотерапии для обезболивания в стоматологической практике. Дальнейшие исследования по данной актуальной теме будут способствовать разработке новых современных методов рефлекторного обезболивания.

Литература.

1. Барашков, Г. Н. Рефлексотерапия боли / Г. Н. Барашков. – М.: Т-ОКО, Универсимед, 1995. – 263 с.
2. Бургунский, В. Г. Современные аспекты профилактики, лечения и реабилитации в стоматологии / В. Г. Бургунский. – Киев : Центр учебовой літератури, 2019. – 260 с.
3. Здыбский, В. И. Рефлексотерапия при лицевых болях / В. И. Здыбский, Е. А. Погорелец // Дентальные технологии. – 2004. – № 6. – С. 16–19.
4. Табачникова, В. С. Системный подход к диагностике, психокоррекции, и психопрофилактике дезадаптации стоматологических больных : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / В. С. Табачникова ; ХНМУ. – Харьков, 2006, 18 с.
5. Liu, Xiang. Inhibiting pain with pain – a basic neuro-mechanism of acupuncture analgesia / Xiang Liu // Chin. Sci. Bull. – 2001. – Vol. 46. – P. 1485–1494.