

РЕФЛЕКТОРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.Г. Бургонский

Институт стоматологии НМАПО
им. П.Л. Шупика

Резюме. В статье обоснована целесообразность применения рефлекторных методов лечения и обезболивания в стоматологической практике. Представлены схемы используемых биологически активных точек акупунктуры.

Ключевые слова: рефлексотерапия, акупунктура, рефлексаналгезия.

РЕФЛЕКТОРНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

В.Г. Бургонський

Резюме

У статті обґрунтовано доцільність застосування рефлекторних методів лікування та знеболення у стоматологічній практиці. Подано схеми відповідних біологічно активних точок акупунктури, які використовуються в лікувальній практиці.

Ключові слова: рефлексотерапія, акупунктура, рефлексаналгезія.

REFLEX METHODS OF TREATMENT AND ANESTHESIA IN STOMATOLOGICAL PRACTICE

V. Burhonsky

Summary

The article substantiates the expediency of the use of the reflex methods of treatment and anesthesia in the stomatological practice. The charts of the relevant biologically active acupuncture points used in the clinical practice are presented.

Key words: reflexotherapy, acupuncture, reflexoanalgesia.

В лечении стоматологических заболеваний рефлекторные методы следует использовать более широко как самостоятельно, так и в комплексе патогенетической терапии, что, несомненно, более эффективно. Показания для их использования основаны на современных представлениях о нейроанатомических и нейрофизиологических аспектах действия рефлексотерапии (РТ).

Широкий спектр действия РТ на организм включает: влияние на макро- и микроциркуляцию, регуляцию тонуса мышц и соединительной ткани, иммуномодулирующий и противовоспалительный эффекты, воздействие на болевые рецепторы (гипоалгезию, центральное действие – седацию). Эти эффекты позволяют добиться существенных результатов в лечении целого ряда стоматологических заболеваний.

Патогенез стоматологических заболеваний нередко связан с патологическими изменениями органов и систем организма. В связи с этим РТ можно с успехом использовать как средство коррекции состояний организма, на фоне которых развиваются заболевания пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, языка и др. Проведение РТ способствует более быстрому устранению синдромов в виде головной боли, тошноты, диспепсических явлений, бессонницы, повышенной раздражительности и других, часто сопровождающих распространенные стоматологические заболевания. Нередко проведение РТ оказывает благоприятное влияние на такие сопутствующие заболевания, как вегетативно-сосудистая дистония, легкие формы тиреотоксикоза, сахарного диабета, крапивница, экзема, отек Квинке, вазомоторный ринит, бронхиальная астма, нейродермиты, дискинезии кишок и желчных путей, заболевания периферической нервной системы и т. д., климактерические расстройства.

Рассматривая механизм действия РТ при стоматологических заболеваниях, следует отметить, что под ее влиянием в тканях изменяется и нормализуется капиллярный кровоток. Это в свою очередь способствует улучшению обмена веществ между тканями и кровью. Вероятно также, что разрушение клеток по ходу иглы, капиллярные кровоизлияния, воспалительная реакция с пролиферацией соединительных элементов способствуют образованию веществ, стимулирующих биологические процессы. Существенное значение при РТ имеют также сдвиги гуморальной регуляции, изменения содержания гормонов, различного вида медиаторов и других биологически активных веществ, что способствует стабилизации гомеостаза. Следовательно, в механизме действия РТ лежат общие закономерности сложных рефлекторных реакций, приводящие к уравновешиванию основных нервных процессов, нейровегетативных соотношений с улучшением адаптивных, защитных компенсаторных реакций организма. РТ влияет на механизмы патогенеза многих хронических заболеваний, способствует уменьшению или ликвидации проявлений болезни, особенно в стадии функциональных нарушений, повышает устойчивость организма в целом. Эти общие принципы действия РТ, по-видимому, наблюдаются во всех случаях ее применения. Вместе с тем для достижения лечебного эффекта при каждом конкретном заболевании необходимо учитывать определенные особенности в методике и технике выполнения РТ.

Знание биологически активных точек (БАТ), являющихся как бы проекцией на кожу лежащих в глубине определенных внутренних органов, имеет существенное значение в практике РТ. Если бы во всех случаях РТ воздействие на внутренние органы было равноценным или развивались только общие рефлекторные реакции на различных уровнях нервной системы, то подбор точек воздействия оказался бы лишним – все заболевания лечились бы одинаково. Из практического опыта известно, что правильный выбор и сочетание точек играют основную роль в лечении заболеваний. Сегодня многочисленными научными исследованиями доказано, что терапевтический эффект достигается при использовании ограниченного количества точек. И выбирают их, исходя из принципов иннервации того или иного участка поверхности тела или органа. В частности, в настоящее время используют нейроанатомические и ней-

в 5–10 активных точек поверхности тела на глубину 3–6 мм. Продолжительность раздражения – 0,5–2 мин. Второй вариант возбуждающего метода состоит во введении игл в 10–12 активных точек поверхности тела на глубину 0,6–1 см. При втором варианте метода уколы выполняют решительно, сильно, быстро, вызывая чувство боли. Продолжительность раздражения 5–6 мин.

Выбор метода воздействия (сила раздражения, длительность и др.) и сочетание активных точек необходимо определять в каждом конкретном случае заболевания. Можно лишь отметить, что при хронических гипофункциональных заболеваниях следует использовать более «мягкие», комбинированные методики. Например, в области головы применяют второй вариант возбуждающего метода воздействия, а отдаленные точки стимулируют более интенсивно (второй вариант тормозного метода воздействия).

В лечении острых форм заболеваний используют в основном тормозной метод (первый или второй вариант).

Правила проведения РТ, включающие отбор больных, коррекцию общей техники, предусмотрены инструкцией «Показания и противопоказания по применению методов рефлексотерапии в лечебной практике».

Заболевания пародонта

В комплексном лечении заболеваний пародонта проведению РТ предшествует устранение местных экзогенных факторов (выравнивание окклюзионной поверхности; устранение травматических узлов и травматических артикуляций; удаление зубов III степени подвижности; удаление зубного камня; замена некачественных пломб, коронок, протезов), местное противовоспалительное лечение. Затем следуют стимуляция и активизация сосудов пародонта (физиотерапевтические методы) в сочетании с РТ.

В целях оптимизации лечения больных с заболеваниями пародонта методом РТ мы разработали и используем метод подбора индивидуального рецепта активных точек (В.Г. Бургонский, 1981). Подробное описание метода приведено в монографии Н.А. Кодолы, В.Г. Бургонского «Рефлексотерапия болезней пародонта». – К.: «Здоров'я», 1989.

Рецепт активных точек для лечения больных с заболеваниями пародонта составляют по специальным таблицам. Обследовав больного, устанавливая симптоматический комплекс его заболевания, после чего по таблицам определяют перечень необходимых активных точек.

Иглоукальвание больных с пародонтитом и пародонтозом проводят, используя следующие активные корпоральные точки: P₁₁, GI₁; GI₂; GI₄; GI₇; E₂; E₃; E₆; E₇; E₃₆; E₄₁; E₄₂; E₄₄; E₄₅; IG₈; IG₁₀; IG₁₆; IG₁₇; R₃; R₄; MC₈; TR₃; TR₁₇; TR₂₀; TR₂₃; VB₁; VB₂; VB₉; VB₁₂; VB₄₃; F₂; VG₁₄; VG₂₆; VG₂₇; VG₂₈; VC₂₃; VC₂₄ (рис. 1).

Кроме того, используют следующие аурикулярные точки: почки, надпочечника, верхней челюсти, нижней челюсти, верхней части полости рта, нижней части полости рта, затылка, рта, щеки, шень-мэнь; симпатическую точку (рис. 2).

Используют, как правило, 2–5 местных точек и 1–2 отдаленных. Первые 5–6 сеансов иглоукальвания проводят ежедневно, последующие через 1–2 дня. На курс лечения назначают 10–14 сеансов в зависимости от самочувствия больного. В дальнейшем при необходимости весной и осенью назначают поддерживающие курсы иглоукальвания по 5–6 сеансов через 2–3 дня. При выраженных болевых явлениях иглоукальвание проводят по тормозному методу.

Наш опыт применения РТ при заболеваниях пародонта основывается на результатах комплексного лечения 214-ти больных с генерализованным пародонтитом.

Результаты лечения (ближайшие и отдаленные) показали эффективность использования РТ, которая позволила получить положительное влияние на организм больного в целом.

Гингивит

Для лечения гингивита используют следующие корпоральные точки: P₁₁, G₁₄; E₇; E₃₆; E₄₁; E₄₂; E₄₄; E₄₅; RP₆; IG₅; IG₈; IG₁₇; MC₈; TR₂; TR₂₀; TR₂₁; VB₁; VB₂; VB₃; VB₁₂; F₂; VG₁₄; VG₂₆; VG₂₈; VC₂₄ (рис. 1).

Из аурикулярных для лечения гингивита применяют: основные точки – верхней и нижней челюстей, рта, надпочечника (рис. 2); вспомогательные точки – почки, шень-мэнь.

Выбор метода воздействия проводят с учетом клинического течения заболевания. В острых случаях заболевания используют тормозные методики. При хронических процессах применяют комбинированные методики (РТ в точках лица и полости рта проводят по второму варианту возбуждающего метода, в отдаленных точках иглы оставляют на 20–30 мин). Количество сеансов и курсов лечения индивидуальное.

Ф.Г. Портнов и соавторы (1984) при гингивите рекомендуют проведение электропунктуры (ЭП) в общие (GI₄, RP₆, GI₁, P₇, P₁₀) и местные (VG₂₇, E₃, E₅, IG₁₈) точки. Сила тока для точек общего действия 40–60 мкА, для местных – 15–20 мкА. Воздействие проводят током преимущественно отрицательной полярности не более 2 мин на каждую точку, при этом во время одного сеанса используют не более чем 4–6 точек. Для воздействия на точки местного действия авторы рекомендуют микроэлектрофорез 2 % раствора новокаина или алоэ. Затем проводят аэроионный массаж десен при концентрации ионов 1·10⁶–5·10⁶ ион/см³ и при давлении воздуха 50,6–152 кПа (0,5–1,5 атм). Курс лечения – 6–7 процедур, через 3–4 недели повторный курс.

Г.С. Куклин (1984) описывает результаты лечения 30-ти больных с гингивитом. Основанием для практического применения рефлекторных методов терапии автору послужил не только накопленный многолетний успешный опыт РТ во многих странах мира, но и углубленный анализ теоретических основ этиологии и патогенеза гингивита. Автор указывает на связь между нервно-трофической теорией развития гингивита (Д.А. Энтина, Е.Е. Платонова) и нейрогуморальной теорией, объясняющей механизм действия рефлекторных методов. По мнению В.С. Гойденко, В.М. Котеневой (1982), РТ заболеваний пародонта и ряда заболеваний слизистой оболочки полости рта целесообразна, если учесть, что «рефлексотерапия – это различные приемы преимущественно точечного лечебного воздействия на организм физическими факторами путем раздражения рецепторного аппарата кожи и глубже лежащих тканей, основанная на принципе развития многоуровневых рефлекторных и нейрогуморальных реакций организма, обусловленных интегральной деятельностью нервной системы, обеспечивающих нормализацию гомеостаза».

Рефлексотерапию гингивита Г.С. Куклин проводил, используя следующие корпоральные точки: P₇, P₅, IG₄, IG₅, IG₈, IG₁₅, IG₁₇, IG₁₈, GI₁₈, MC₈, VB₁, VB₉, VB₁₂, VG₁₄, VC₇, E₄₂, E₄₅, F₈. Кроме того, он использовал аурикулярные точки: верхней и нижней челюсти, надпочечника, рта, почки.

Применялся первый или второй вариант тормозного метода. Для оценки полученных результатов лечения (определения уровня воспаления и состояния тканей десны) им использовались различные математические показатели (ПИ, гингивальный индекс I₀₁., ротовой гигиенический индекс и др.). В результате исследования Г.С. Куклин выявил выраженное противовоспалительное

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

действие РТ гингивитов. После 3–4-х сеансов у больных исчезала кровоточивость десен. Терапия была эффективнее у лиц молодого возраста.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

При лечении стоматитов (катарального, афтозного, язвенного, инфекционного, симптоматического) назначают РТ и специфическое лечение, которое выбирается на основании анамнеза и клинико-лабораторного обследования. Специфическое лечение в ряде случаев включает гипосенсибилизирующие средства, физиотерапию, фотоактивное масло (А.А. Забышный и соавт., 1991) и др. В случае непереносимости медикаментозных средств РТ используют самостоятельно. Хороший терапевтический эффект получен при сочетании РТ и воздействия лучом лазера на участки поражения полости рта.

При лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта используют следующие корпоральные точки: P₁₁, G₁₂, G₁₃, G₁₇, G₁₈, G₁₀, G₁₁, E₆, E₃₆, IG₄, IG₅, IG₂₃, V₁₃, R₃, R₄, MC₈, TR₁₇, TR₂₁, TR₂₃, F₂, VG₂₃, VC₂₇ (рис. 1).

Из аурикулярных точек (рис. 2) применяют: основные точки – нижней и верхней частей полости рта, верхней и нижней челюстей щеки, рта; вспомогательные точки – точка для лечения крапивницы, точки щитовидной железы, грудной железы, тепла, почки, печени, поджелудочной железы и желчного пузыря, желудка, надпочечника, точка для лечения панкреатита, шень-мэнь.

При выраженной боли применяют тормозной метод (первый или второй вариант), при хроническом рецидивирующем течении целесообразно проведение РТ в точках лица и полости рта по возбуждающему методу. В случаях язвенного стоматита иногда эффективно неглубокое введение золотых или стальных игл непосредственно в язву. Курс лечения обычно составляет 10–15 сеансов. Повторное лечение проводят через 7–10 дней – 10–12 сеансов. При необходимости проводят третий курс лечения – 20–30 дней, 9–10 сеансов.

Э.Д. Тыкочинская (1978) предлагает для лечения афтозного стоматита добавить следующие точки: E₁, E₃, E₄, IG₁₅, VB₂, VB₂₁, GI₄, VG₁₂.

Г.В. Банченко и соавторы (1985) применили РТ (акупунктуру и электроакупунктуру) 21-му больному с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и 10-ти больным с красным плоским лишаем. У всех больных были получены положительные результаты лечения. Авторы сделали вывод о целесообразности использования методов рефлекторного воздействия для лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита и красного плоского лишая.

Заболевания губ

При остром или хроническом течении glandularного хейлита и эксфолиативного хейлита Микулича-Кюммеля РТ применяют в сочетании с медикаментозным, физиотерапевтическим, а при необходимости – и с хирургическим лечением. Более быстрый и стойкий эффект наблюдается при сочетании РТ с воздействием на губы лучом лазера. При этом используют корпоральные точки: P₁₁, G₁₃, G₁₄, G₁₈, G₁₁, E₆, E₇, E₈, TR₁₇, TR₂₀, TR₂₃, VB₃, VB₁₂, F₃, VG₂₇ (рис. 1). Из АР применяют точки рта, щеки, нижней и верхней частей полости рта, почки (рис. 2).

Курс лечения состоит из 10–12-ти сеансов. Последующие курсы и интервалы между ними – как и при других стоматологических заболеваниях.

Заболевания языка

При десквамативном глоссите, неврогенных заболеваниях языка (невралгии язычного нерва, глоссалгии) используют следующие корпоральные точки: P₁₁, G₁₂, G₁₄, G₁₇, G₁₁, E₂₄, E₃₆, C₁, R₇, R₉, VG₂₃, VC₂₇, V₁₃ (рис. 1).

Из АР применяют: точки языка, нижней части полости рта, нижней челюсти, рта, почки, нижнюю точку наркоза при экстракции зубов (рис. 2).

Эффективно сочетание РТ с облучением языка лучом лазера.

Э.Д. Тыкочинская (1978) рекомендует при лечении глоссалгии дополнительно воздействовать на точки цзинь-цзинь-юй-е, хай-цюань, VC₂₃, G₁₇ – по первому варианту тормозного метода. Время нахождения игл в тканях – 30 мин, курс лечения – 12–15 сеансов, повторные курсы – через 2–4 нед.

В.Г. Вогралик, М.В. Вогралик (1978) предлагают при лечении глосситов использовать точки P₇, IG₂, IG₄.

Ю.А. Рыберт (1989) рекомендует начинать РТ глоссалгии с воздействия на дистальные БАТ (точки общего действия) – P₇, G₁₄, G₁₀, G₁₁, E₃₆, RP₆, MC₆, учитывая, что на уровнях дистальных отделов конечностей элементы метамера (дерматомер, миомер и нейромер) проецируются на одни и те же сегменты. Большая насыщенность дистальных отделов конечностей рецепторными образованиями, а также значительная зона коркового представительства в этих областях тела способствуют, по мнению автора, возникновению интенсивной рефлекторной реакции всего организма.

Для подавления алгопарестетического синдрома, определяющего клинику глоссалгии, в последующие процедуры в рецептуру Ю.А. Рыберт включает точки специфического действия: V₆₀ (аналгезирующая точка), R₂ (точка симпатикотонической регуляции), F₂ (общая антиспазматическая точка).

Для нормализации деятельности вегетативной нервной системы у больных глоссалгией Ю.А. Рыберт рекомендует применять сегментарные БАТ, расположенные в области головы, шейно-воротниковой зоны и верхних конечностей. Краниальные точки – G₁₂₀, IG₁₉, TR₂₁, VBI₂. Точки шейно-воротниковой области: G₁₇, G₁₈, E₉, IG₁₄, IG₁₅, IG₁₇, V₁₀, V₁₁, TR₁₇, VG₁₄, VG₁₅, VG₁₆. Точки верхних конечностей – P₇, P₉, P₁₁, G₁, G₂, G₃, G₄, G₁₁, C₇, IG₅, IG₈, MC₆, MC₇, TR₅, TR₈. Дистальные точки на нижних конечностях – E₃₆, E₄₁, E₄₄, RP₅, RP₆, V₆₀, R₃, R₄, R₆. Местные точки – E₂, E₃, E₄, E₅, E₆, G₁₉, IG₁₈, IG₁₉.

По данным Ю.А. Рыберта, у всех 32-х больных, которым для лечения глоссалгии применяли иглорефлексохимию (ИРТ), наблюдалось улучшение, а у 12-ти наступило выздоровление. Из 33-х больных, которым проводилась комплексная терапия, включающая медикаментозную, лазерную и ИТР, выздоровление наблюдалось у 19-ти, улучшение – у 14-ти. Автор сделал заключение, что комплексное лечение, включающее ИРТ, позволяет повысить его эффективность и при этом уменьшить количество и дозу лекарственных препаратов.

Кариес зубов

Shimura, Nakamura, Hirayama и соавторы (1980) в экспериментах на крысах изучали возможность применения АП для профилактики кариеса. У животных было отмечено двукратное снижение количества кариозных поражений фиссур зубов, снижение числа колоний стрептококков мутанс, повышение титра агглютининов против цельных клеток кариесогенного стрептококка мутанс С-20, обусловленное проведением 17-ти сеансов иглоакупунктуры.

Г.С. Куклин и соавторы (1984) в экспериментах на трех группах крыс линии Вистар исследовали эффективность двух способов РТ для профилактики кариеса зубов. Авторы проводили АП и ЭАП в точке G₁₄ на передней правой лапе крыс. Результатом такого воздействия была редукция кариеса в 40 % случаев.

Таким образом, доказана принципиальная возможность применения РТ для профилактики кариеса зубов.

Авторы полагают, что акупунктурная стимуляция активизирует иммунологическую систему организма посредством выделения морфиноподобных субстанций.

Е.А. Гонтарь (1988) считает очевидной связь между функциональным состоянием вегетативной нервной системы и степенью риска кариозной атаки. Своевременная коррекция нарушенного взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с помощью РТ, по мнению автора, благотворно влияет на состояние зубов, их устойчивость к кариесу. Кариес-профилактический эффект РТ Е.А. Гонтарь связывает с изменением функционального состояния пульпы и скорости движения зубной жидкости под действием РТ. Иглоукальвание посредством нейрогуморального механизма повышает биологическую активность пульпы зуба, активизируя функциональный компонент кислотоустойчивости эмали зуба и увеличивая ее кариесрезистентность.

Е.А. Гонтарь (1988) использовала АП и ЭАП для лечения кариеса. Воздействие проводилось на следующие активные точки: GI₄, GI₁₉, GI₂₀, GI₂₁, C₇, IG₁₈, MC₇, P₉, RP₆, V₆₂, VB₁₁, VB₁₇, VB₁₂, VB₂₀, E₄, E₃₆, TR₁₇, TR₁₉, TR₂₀, TR₂₁.

У 71,5 % больных применение РТ обусловило появление признаков клинического выздоровления: уменьшение размеров кариозных пятен, уменьшение интенсивности пигментации, свидетельствующие, по мнению автора, о стабилизации процесса. У 30,1 % больных кариозные пятна полностью исчезли. У 6 % больных, у которых до лечения отмечались деструктивные нарушения поверхностных слоев эмали, после лечения микродефекты эмали сгладились, стенки и дно стали гладкими, приобрели чашеобразную форму. При проведении пробы ТЭР в случаях положительной динамики клинических проявлений начального кариеса установлено возрастание уровня структурно-функциональной резистентности (кислотоустойчивости) эмали зубов. Применение РТ уменьшало количество зубного налета. У 28,5 % больных остановить кариозный процесс автору не удалось.

Таким образом, результаты исследований Shimura и соавторов (1980), Г.С. Куклина и соавторов (1984), Е.А. Гонтарь (1988) свидетельствуют о целесообразности применения РТ в лечении кариеса зубов, особенно его начальных форм.

А.Ф. Павлов, В.Б. Любовцев, А.А. Прохончуков, Г.Д. Овруцкий (1985) описывают эффективный способ лечения больных периодонтитом путем воздействия на точки акупунктуры лучом лазера.

Рефлексоаналгезия в стоматологической практике

В современной стоматологии актуальной задачей остается борьба с болью. Решение проблем высокоэффективной стоматологической помощи и снижения заболеваемости во многом зависит от внедрения в практику эффективных и простых средств и методов борьбы с болевым синдромом. Резкая болезненность, нередко проявляющаяся при врачебных вмешательствах, связанных с препарированием твердых тканей зуба и другими стоматологическими манипуляциями, затрудняет работу стоматолога, препятствует качественному пломбированию и часто является причиной отказа больных от регулярного лечения.

Установлено, что процесс лечения зубов может быть фактором выраженного влияния на центральную нервную систему и гормональный баланс, вызывающим большие биологические изменения в организме ребенка и взрослого. В литературе описаны случаи нарушения психического равновесия у больных, вызванного страхом перед лечением зубов. По данным ряда авторов, при манипуляциях с кариозным дентином у человека может наблюдаться стрессовое состояние, по напряжению сходное

с таковым во время прыжка с парашютом или высотного полета.

Данные литературы и наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что, кроме физической боли, у пациентов стоматолога часто отмечается неоправданная боязнь боли, и чувство страха и боли во время лечения зубов потенцируются.

Под полноценным обезболиванием в настоящее время подразумевают комплексное воздействие на разномодальном уровне на ноцицептивные системы – ослабление не только эмоциональных и моторных, но и сопряженных с ними вегетативных компонентов реакций. Традиционные средства болеутоления, широко распространенные анальгезирующие препараты различных групп, проводниковая и местная медикаментозная анестезия, анальгезия, несмотря на их постоянное совершенствование, не могут полностью удовлетворить требования для оказания высокоэффективной стоматологической помощи вследствие ряда важных причин. Во-первых, фармакологическое обезбоживание нередко бывает недостаточным эффективным. Во-вторых, в связи с возрастающей аллергизацией населения уменьшается контингент больных, у которых можно было бы использовать фармакотерапию боли. В-третьих, легко возникающая лекарственная зависимость при хронической боли становится серьезной проблемой медицины. В связи с этим стоматологи ведут поиск и разработку иных методов обезбоживания, среди которых в последнее время все большее внимание привлекают различные методы РТ. Их использование основано на современных концепциях боли.

Понятием «боль» принято обозначать сложный феномен, включающий ощущения, вызванные болевыми стимулами или повреждением тканей, и реакцию на эти ощущения. Понятие «боль» выражает: а) болезненный стимул, который сообщает о предстоящем повреждении тканей; б) личное, индивидуальное ощущение вредоносного фактора; в) комплекс ответов, направленных на защиту организма от вредоносного фактора (R. Strenbach, 1968; M. Berger, F. Gerstebrand, G. Ransmayr, 1983).

В настоящее время сложилось определенное представление о путях прохождения болевой импульсации и формировании болевой чувствительности. Многочисленными исследованиями установлено, что болевая импульсация поступает в спинной мозг и стволые структуры мозга от трех основных классов рецепторов: мономодальных механических ноцицепторов, биомодальных механических и термических ноцицепторов, а также от полимодальных ноцицепторов. Эта импульсация проходит только по тонким миелиновым А=Δ-волокам и безмиелиновым С-волокам. Применением микроэлектродной техники доказано, что активация А=Δ-волокон приводит к возникновению первичной, т. е. быстрой, острой, хорошо локализованной боли, а избирательная активация С-волокон к появлению вторичной, т. е. медленной, ноющей и плохо локализованной боли (H. Terebjokk, R. Hallin, 1974).

Важную роль в формировании боли играют малые темные нейроны, располагающиеся в задних ганглиях спинного мозга. Это подтверждается тем, что у лиц с врожденным снижением чувствительности к боли малые темные нейроны либо отсутствовали, либо их было значительно меньше (S. Peorson, L. Brandei, A. Cuello, 1982).

Тонкие периферические волокна сенсорных нервов содержат значительное количество субстанций Р (полипептида), являющихся нейротрансмиттером, возбуждающим нейроны спинного мозга при наличии болевой импульсации (T. Jessel, 1982; S. Henry, 1975).

Болевая импульсация поступает в дорсальные рога спинного мозга, где находятся основные звенья ноцицептивной системы: Т-клетки, желатинозная субстан-

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

ция, волокна заднего столба спинного мозга (R. Melzack, P. Wall, 1965; A. Iggo, 1980). Т-клетки активируют нейрональные механизмы, а желатинозная субстанция моделирует эффективную болевую импульсацию до ее поступления к Т-клеткам, т. е. так формируется «воротный контроль» – место входа болевой информации в спинной мозг (R. Melzack, 1981). Далее болевая импульсация из спинного мозга через спиналоталямический и ретикуло-спинномозговой пути, а также через проприоспинальную систему нейронов с короткими аксонами достигает головного мозга.

G. Poggio, V. Morencastle (1960) считают, что перцепцию (восприятие) боли обуславливают не изменения функции специальных ноцицептивных нейронов, а одновременные изменения активности различных нейронов. Авторы установили, что большая часть нейронов задних ядер таламуса отвечает на болевую стимуляцию.

Роль ретикулярной формации заключается не только в передаче болевой импульсации, но и в интеграции этой импульсации, что, по-видимому, ведет к формированию таких сложных поведенческих актов, как ориентировочные и аверсивные (П.Г. Костюк, Н.Н. Преображенский, 1975; Н. Bubna-Littitz, E. Pav, 1983).

Задние и вентробазальные ядра таламуса, являющиеся «вторыми воротами» для болевой импульсации, по мнению Н. Chang (1974, 1980), имеют проекции к соматосенсорным зонам коры большого мозга – S₁ и S₂ (A. Graybiel, 1973). В механизме ноцицепции зона S₂ обеспечивает восприятие боли, является ее центральным модулятором, а зона S₁ осуществляет регуляцию моторного акта в ответ на боль. Именно эта область выполняет функции первичного анализатора при экстремальных ситуациях и активирует различные структуры организма (Р.А. Дуринян, 1980; К. Berkley, R. Pormer, 1974).

Открытие опиатных рецепторов значительно расширило понимание механизма действия ноцицептивной и антиноцицептивной систем (L. Terenius, 1973; S. Shyder, 1978). В тканях головного и спинного мозга (миндалевидное и полосатое тела, гипоталамус, каудальный отдел ствола мозга, желатинозная субстанция спинного мозга), в которых имеются опиатные или морфинные рецепторы, мембраны нервных клеток содержат в большом количестве участки, где легко соединяются молекулы опиатов. Кроме того, в тканях мозга обнаружены естественные соединения – энкефалины и эндорфины (морфиноподобные полипептиды), оказывающие морфиноподобное действие. Стимуляция опиатных рецепторов формирует анальгезирующий эффект, т. е. активирует функцию антиноцицептивной системы (L. Huges и соавт., 1975; B. Pomeranz, 1977).

Функция антиноцицептивной системы формируется при наличии болевой стимуляции, т. е. сама боль включает систему ее подавления (A. Basbaum, H. Fields, 1978; M. Gillman, S. Kimmel, F. Lichtigfeld, 1981).

Сейчас уже имеются экспериментальные и клинические данные, демонстрирующие прямую связь между степенью развития антиноцицептивной системы, эффективностью действия акупунктуры (АП) и чувствительностью к наркотическим анальгезирующим средствам (Z. Lhou и соавт., 1982). Выявлено, что индивидуумы с плохо развитой системой выработки эндогенных опиатов не чувствительны или малочувствительны к наркотическим анальгезирующим препаратам и у них практически отсутствуют или реализуются значительно слабее эффекты АП (M. Murai, M. Tanaka, M. Nachisu, 1979).

Таким образом, эффективность наркотических анальгезирующих средств и рефлексоаналгезии зависит от степени развития антиноцицептивной системы и в том числе от активности продуцирования эндогенных опиатов. Активация антиноцицептивной системы, богатой опиатны-

ми рецепторами, определяет действие наркотических анальгезирующих препаратов. Если, например, разрушить большое ядро шва, то эффективность морфина резко снижается, а если стимулировать эту структуру, то эффективность морфина повышается (F. Abbott, R. Melzack, 1982).

В клинической практике ликвидация или снижение болевых ощущений за счет уменьшения активности ноцицептивной системы достигается применением не только фармакологических средств, но и различных методов немедикаментозного обезболивания, в том числе рефлексоаналгезии (РА): АП, электроакупунктуры (ЭАП), чрескожной нейроэлектростимуляции и др. АП все шире применяется для снижения послеоперационной боли и устранения хронических болевых синдромов (Г. Лувсан, 1980; А.Т. Староверов, Г.И. Барашков, 1985).

Стимуляция точек АП приводит к активации антиноцицептивной системы и сопровождается выбросом эндогенных олигопептидов морфиноподобной природы (S. Marx, 1976; B. Pomeranz, 1977).

Если на фоне введения иглы вводить наркотические анальгезирующие препараты, то их эффективная доза снижается в несколько раз (Г.И. Барашков, А.Т. Староверов, 1982). АП и особенно электроакупунктура способны потенцировать эффект наркотических анальгезирующих препаратов. Введение некоторых аминокислот (например, d-фенилаланина), являющихся ингибиторами метаболизма энкефалинов и эндорфинов, также может усиливать и пролонгировать эффекты АП. Это выявлено при стоматологических оперативных вмешательствах у больных с хроническими болевыми синдромами (S. Jacob, K. Ramabadran, 1981; M. Hyodo, T. Kitade, E. Hosoka, 1983).

Разработано несколько теорий, способствующих пониманию механизмов формирования РА при точечном воздействии. Теория «входного контроля боли» основана на том, что ноцицептивная импульсация, поступающая по тонким миелиновым нервным волокнам, блокируется «запаздывающими» болевыми импульсами, поступающими по толстым нервным волокнам (R. Melzack, O. Wall, 1965). Однако после разработки этой теории была выявлена более высокая степень такого взаимодействия болевой импульсации в гомогенных нервных волокнах, т. е. участие в блокировании не толстых, а тонких волокон. Эта важная особенность не отражена в теории «входного контроля боли». Не раскрывает она также особенностей клинической картины РА («период введения», длительность сохранения эффекта анальгезии после прекращения воздействия на акупунктурные точки, снижение болевой чувствительности областей кожной поверхности тела человека, не связанных с областью, на которую через сегментарную иннервацию направлена РА).

На основании того, что в ядра таламуса поступает импульсация при активации соматических и висцеральных областей (Р.А. Дуринян, 1965), была разработана теория «двойных ворот»; вторыми воротами является таламус (P.I. Map, O.H. Chen, 1972). Авторы этой теории предполагают, что «блокирование боли», формирующейся при стимуляции периферической иннервации, может происходить на уровне таламуса. В известной мере это подтверждается тем, что эффект акупунктурного обезболивания появляется примерно через 15 мин от начала воздействия и одновременно формируется генерализованная анальгезия (Е.В. Голованов, Л.В. Калюжный, М.А. Кузнецова, 1980).

Эффект РА формируется на каждом уровне центральной нервной системы, кроме сегментарного и таламического, в блокировании болевой импульсации активно участвуют ретикулярная формация и кора большого мозга (L. Bossy, 1977, 1979).

По мнению R. Malzak, S.O. Dennis (1978), болевая импульсация блокируется тоническим тормозным влия-

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

нием определенной части ретикулярной формации ствола мозга, распространяющимся на все уровни афферентной сенсорной системы, в том числе на сегментарный механизм «входного контроля боли».

Таким образом, все теории предполагают взаимодействие восходящей болевой импульсации на различных уровнях центральной нервной системы как основу механизма РА при точечном воздействии.

Участие эндогенных опиатов в формировании функции антиноцицептивной системы объективно подтверждено большим количеством различных исследований. При рефлекторных воздействиях в различных нервных структурах в зонах наличия опиатных рецепторов выделяются в разных концентрациях опиатоподобные вещества. Ряд авторов, основываясь на нейрогуморальном механизме формирования рефлексоаналгетического эффекта, доказали участие в его развитии опиатоподобных веществ. Эффект РА заметно снижается при введении антагонистов опиатов (D.L. Mayer и соавт., 1977; V. Romeranz, 1981).

Прямая локальная электростимуляция медиальных областей ствола мозга, например околотоводопроводного серого вещества и ядер шва, вызывает аналгезию, сходную по ряду признаков с РА (R. Malzak, 1978). При этом наблюдается чисто антиноцицептивный эффект, который не является результатом снижения сенсорного, мотивационного, эмоционального, психофизиологического, моторного реагирования на боль (A.L. Basbaum, H.L. Fields, 1979.; H. Lianfang, X. Shaofen, 1981).

Активация околотоводопроводного серого вещества низкочастотной электростимуляцией, при рефлекторном точечном воздействии, или введением морфина блокируется налоксоном (антагонист опиатов), что свидетельствует об участии опиатов в этой активации (P.A. Дуринян и соавт., 1982; A. Basbaum, 1981; Li D. Huan, 1984). Вместе с тем в механизме РА важную роль играет вторая соматосенсорная область коры большого мозга, которая как бы «оценивает» биологическую значимость болевых сигналов, учитывает их характеристики и функциональное состояние организма (P.A. Дуринян, 1978, 1980).

Выключение функции второй соматосенсорной зоны коры большого мозга блокировало активацию околотоводопроводного серого вещества и снижало антиноцицептивный эффект при рефлекторном точечном воздействии (P.A. Дуринян и соавт., 1980; В.Ф. Рудько и соавт., 1981).

Следовательно, рефлекторные точечные воздействия способны угнетать активность ноцицептивных нейронов на различных уровнях центральной нервной системы (H. Chang, 1980).

В настоящее время методы рефлекторных точечных воздействий в анестезиологической практике используются не только с целью аналгезии. Ее применение значительно шире, хотя механизмы других эффектов этих воздействий изучены не так полно, как аналгезирующего (А.Т. Староверов, Г.Н. Барашков, 1985; В.Н. Цибуляк, 1985). Достаточная степень эффективности и адекватности РА в клинике и результаты различных научных исследований, значительно углубивших и расширивших представления о механизме РА, позволяют все шире использовать ее в разных областях клинической медицины.

В качестве немедикаментозного метода обезболивания в клинической медицине все шире применяются различные способы РА, особенно в случаях, когда требуется устранить при оперативных вмешательствах различные болевые ощущения и болевые синдромы, при которых эффективность РА объективно доказана. Однако широкое использованию методов рефлекторных воздействий препятствуют не познанные до конца сущность физиологических механизмов и отсутствие общепризнанных методических рекомендаций (В.Н. Цибуляк, 1985).

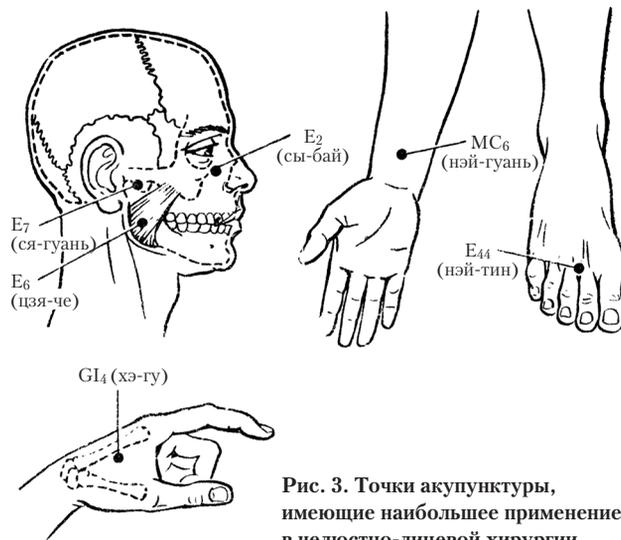


Рис. 3. Точки акупунктуры, имеющие наибольшее применение в челюстно-лицевой хирургии.

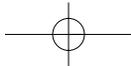
Первая операция удаления зуба под акупунктурной аналгезией была проведена еще в 1958 г. в КНР (G.K. Wang, 1974). К середине 70-х годов в КНР численность различных оперативных вмешательств с использованием этого вида обезболивания достигла 600000 (С.А. Верхатский, 1975). В некоторых клиниках число таких операций доходило до 80 % (L.L. Bonica, 1974),

Клиническое использование РА постепенно находит все большее применение во многих странах мира. Во Франции в 1971 г. была выполнена первая операция в малой хирургии (Nguen Van Nghi, 1972). В Австрии в 1972 г. РА была успешно применена при тонзилэктомии, кесаревом сечении, удалении зубов (H. Benser, H. Biashko, H. Kroprej, 1972).

В СССР были изучены и применены методы РА при хирургических операциях на органах грудной и брюшной полости (А.А. Бунатян и соавт., 1975). Положительный эффект отмечен в случаях использования ЭАП в качестве ведущего компонента обезболивания при операциях по поводу аппендицита и при тиреоидэктомиях (А.И. Трещинский, С.Н. Басманов, 1977). Важными явились исследования по сочетанию активных точек для проведения акупунктурного обезболивания при операциях на сердце, желудке, пищеводе, легких, в средостении, в челюстно-лицевой области, при гинекологических операциях (С.Г. Кочинян, 1978), в комбинации с другими способами обезболивания, при термических ожогах – для купирования боли, при грыжесечении, остеосинтезе, при диагностической лапаротомии (Ю.Г. Шапошников, К.М. Николаев, 1978).

Все более широкое применение находят методы РА в стоматологической практике. РА может с успехом применяться как самостоятельно, так и в целях усиления аналгезирующего действия других методов обезболивания при удалении зубов, препарировании твердых тканей зубов, лечении воспаления пульпы зубов в один сеанс ампутированным или экстирпационным методом, вскрытии абсцессов, лечении обострившихся хронических периодонитов, глубоком хирургическом кюретаже патологических десневых карманов. Комплексное лечение больных с пародонтитом и заболеваниями слизистой оболочки полости рта включает полную санацию полости рта. Для обезболивания выполняемых при этом болезненных стоматологических манипуляций может быть использована РА. Чтобы сократить количество отрицательных результатов обезболивания с помощью РА, перед ее применением рекомендуется провести анальгезиметрию больных.

Методика анальгезиметрии. Пациенту накладывают пассивный электрод прибора «Стимул-1» (или аналогичного ему) на левое предплечье, а активный – на III



НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Таблица 1

Выбор корпоральных точек для обезболивания стоматологических вмешательств
(А.Т. Староверов, Г.И. Барашков, 1985)

Челюсть	Группа зубов	Стимулируемые точки
Верхняя	321 123	Е ₂ (сы-бай), Е ₇ (ся-гуань), G ₁₄ (хэ-гу) билатерально
	87 654 45 678	Е ₂ (сы-бай), Е ₇ (ся-гуань), G ₁₄ (хэ-гу) билатерально
Нижняя	321 123	Е ₂ (сы-бай), Е ₇ (ся-гуань), G ₁₄ (хэ-гу) билатерально
	87 654 45 678	Е ₂ (сы-бай), Е ₆ (цзя-чэ), G ₁₄ (хэ-гу), Е ₄₄ (нэй-тин)

фалангу четвертого пальца правой руки. Амплитуду импульсов длительностью 50 мс и частотой 0,5 Гц постепенно увеличивают до возникновения ощущения боли – болевого порога. РА, в том числе электроакупунктурную аналгезию, применяют у пациентов при величине болевого порога, превышающей 30 В.

Перед процедурой РА проводят психологическую подготовку больных, коротко знакомят с особенностями этого метода обезболивания. При проведении электростимуляции иглы, введенные в активные точки, соединяют с генератором тока.

Методика электростимуляции активных точек. Амплитуду и частоту импульсов увеличивают в течение 20–30 мин. Частота возрастает от 2 до 13 Гц. Все это время необходимо поддерживать контакт с больным. Изменение параметров тока от генератора производят в соответствии с ощущениями больного. В местах введения игл больной чувствует ритмичную пульсацию. Мышцы, в которые были введены иглы, сокращаются. Воздействие должно быть интенсивным на всем протяжении «индукции». Амплитуду импульсов повышают до возникновения неприятных ощущений. Через некоторое время амплитуду импульсов вновь увеличивают, так как развивается адаптация. Таким же образом увеличивают и частоту генерируемых импульсов. Через 5–10 мин у больного в местах введения игл появляется ощущение «ползания мурашек», онемения, тепла. К концу периода «индукции» (через 20–30 мин после начала стимуляции активных точек) приступают к выполнению хирургической манипуляции. Если в процессе ее проведения пациент испытывает значительные болезненные ощущения, дополнительно проводят соответствующую инъекционную анестезию (4 % раствора Ультракаина). Интенсивность воздействия – частоту и амплитуду импульсов – несколько снижают в менее травматические и повышают в более травматические моменты стоматологической манипуляции.

По данным В.Н. Цыбуляк и соавторов (1981), наиболее часто используются в челюстно-лицевой хирургии при различных видах оперативных вмешательств следующие корпоральные точки G₁₄ (хе-гу), Е₆ (нэй-гуань), Е₂ (сы-бай), Е₆ (цзя-чэ), Е₇ (ся-гуань), Е₄₄ (нэй-тин) (рис. 3).

С.С. Картавенко и соавторы (1982) отмечают, что наиболее часто из дистальных точек используются G₁₄ (хе-гу) и Е₄₀ (фэн-лун) на стороне оперативного вмешательства или G₁₄ (хе-гу) – билатерально. А.Г. Староверов, Г.И. Барашков (1985) для выбора корпоральных точек с целью обезболивания стоматологических вмешательств рекомендуют использовать следующую схему (табл. 1).

Приводим три варианта обезболивания экстракций зубов верхней и нижней челюстей, предложенные различными школами нетрадиционной медицины.

Вариант 1. Универсальная методика обезболивания (Пекинская школа). Корпоральные точки – G₁₄ (хэ-гу) с одной или двух сторон, РС₂ (тай-ян), иглу вводят через точку РС₂ (тай-ян) и ведут до точки Е₇ (ся-гуань). АР – 1.1. – верхняя точка аналгезии при экстракции зубов, 7.1. – нижняя точка аналгезии при экстракции зубов (рис. 4).

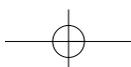


Рис. 4. Точки акупунктуры для иглоаналгезии при экстракции зубов.

Вариант 2. АР – 27.V. – гортань и зубы, 26.V. – точка зубной боли, 66.XI. – точка локтя, 6.1. – нижняя челюсть, 5.1. – верхняя челюсть, 1.1. и 7.1. – верхняя и нижняя точки аналгезии для экстракции зубов (рис. 5).



Рис. 5. Аурикулярные точки, используемые для иглоаналгезии при экстракции зубов.



НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

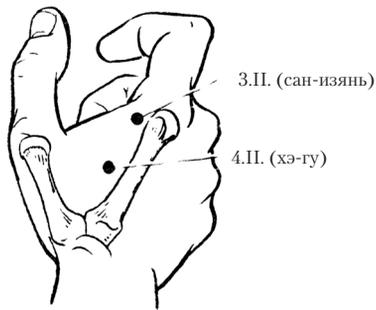


Рис. 6. Стандартные точки, используемые при экстракции зубов.

Вариант 3. Корпоральные точки GI₄ (хэ-гу), GI₃ (сань-цзянь), причем иглу вводят в точку GI₃ (сань-цзянь) и проводят до точки GI₄ (хэ-гу) (рис. 6). Кроме того, в зависимости от того, какой конкретно удаляется зуб, прибавляют следующие локальные точки (W. Lowe, 1973):

Зубы, подлежащие экстракции	Корпоральные точки
21 12	VG ₂₆ (жэнь-чжун), GI ₂₀ (ин-сян)
21 12	VC ₂₄ (чэн-цзян), E ₆ (цзя-чэ)
3 3	VG ₂₆ (жэнь-чжун), GI ₂₀ (ин-сян), иглу проводят из точки 20. II до точки 26. XIII
3 3	VC ₂₄ (чэн-цзян), E ₅ (да-ин), иглу проводят из точки E ₅ до точки VC ₂₄
54 45	E ₇ (ся-гуань), IG ₁₈ (цюань-ляо)
87654 45678	VC ₂₄ (чэн-цзян), E ₆ (цзя-чэ)
876 678	IG ₁₈ (цюань-ляо), E ₆ (цзя-чэ)

Приводим пять вариантов обезболивания стоматологических операций.

Вариант 1. Обезболивание при операциях на верхней челюсти (L. Wensel, 1980). Корпоральные точки – E₂ (сы-бай), E₃ (цзюй-ляо), GI₄ II (хэ-гу), GI₁₁ (шюй-чи), MC₆ (ней-гуань), GI₂₀ (ин-сян), TR (вай-гуань), AP – 16. II. – полость носа, 14. II. – наружный нос, 33. VI. – лоб, 55. X. – шэнь-мэнь, 51. IX. – симпатическая, 95. XV. – почка.

Вариант 2. Обезболивание при радикальных операциях на верхней челюсти (Konig, L. Wancura, 1975). AP – 55. X. шэнь-мэнь, 15. II. – глотка и гортань, 26. V. – точка зубной боли (рис. 7).

Вариант 3. Обезболивание при операциях на околоушной железе (Пекинская школа). Корпоральные точки – E₄₀ (фэн-лун), VB₃₈, V5₉ (фу-ян), F₃ (тай-чун), E₆ (цзя-чэ).

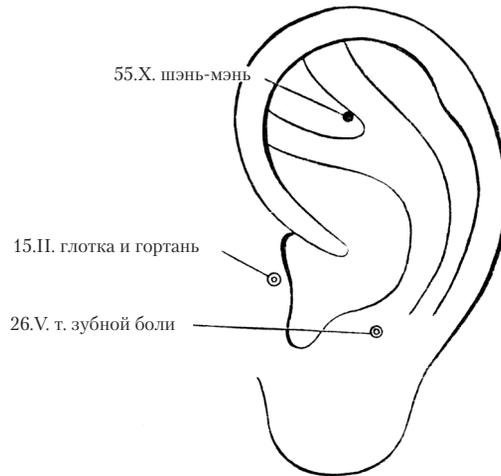


Рис. 7. Аурикулярные точки, используемые для иглоаналгезии при радикальных операциях на верхней челюсти.

Таблица 2

Результаты применения РА при различных видах стоматологической помощи

Показания к РА	Количество случаев	Хороший и удовлетворительный эффект		Неудовлетворительный эффект	
		Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент
Экстракция зуба	30	27	90±10,9 T = 2,7	3 P = 0,5	10±10,9
Вскрытие пародонтальных абсцессов	8	8	100	–	–
Кюретаж патологических десневых карманов	27	14	51,8±19,2 T = 1,3	13 P = 0,05	48,2±19,2
Лечение воспаления пульпы зубов в один сеанс хирургическим методом	53	48	92,5 ± 7,3 T = 4,6	5 P = 0,05	7,5±7,3
Препарирование кариозной полости при лечении острого кариеса	29	29	100	–	–
Лечение обострившихся хронических периодонтитов	28	23	82,1±14,4 T = 2	5 P = 0,05	17,9±14,4

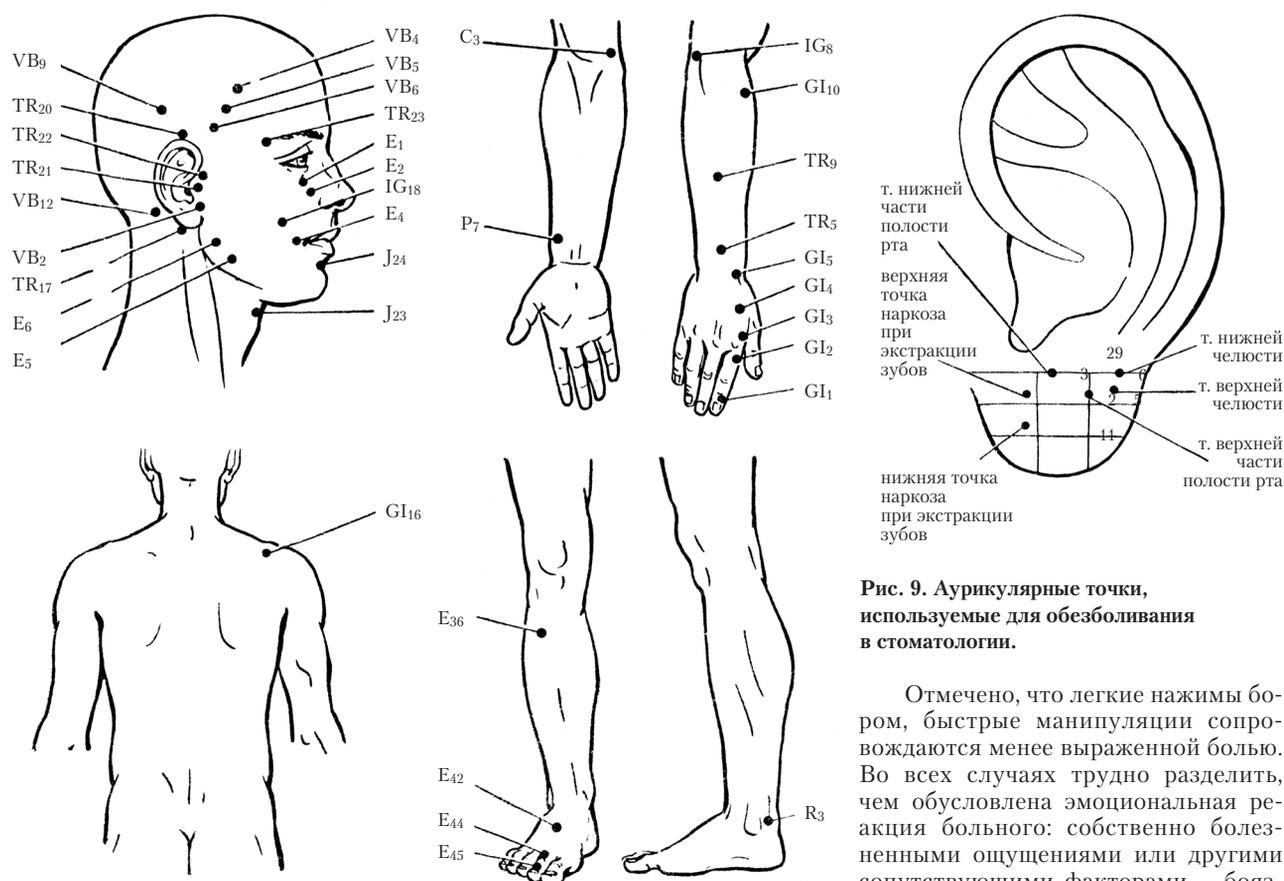


Рис. 9. Аурикулярные точки, используемые для обезболивания в стоматологии.

Рис. 8. Точки акупунктуры, используемые для обезболивания в стоматологии.

Вариант 4. Обезболивание при операциях на нижней челюсти (Пекинская школа). Корпоральные точки – E₄₀ (фэн-лун), VB₃₈ (ян-фу), V₅₉ (фу-ян), F₃ (тай-чун), RP₄ (гунь-сунь), GI₄ (хэ-гу), MC₆ (нэй-гуань).

Вариант 5. Обезболивание при операциях в подчелюстной области (Пекинская школа). Корпоральные точки – E₄₀ (фэн-лун), VB₃₈ (ян-фу), V₅₉ (фу-ян), F₃ (тай-чун), RP₄.

При проведении различных стоматологических манипуляций мы использовали в целях обезболивания следующие корпоральные точки: P₇; GI₁, GI₂, GI₃, GI₄, GI₅, GI₁₀, E₂, E₄, E₅, E₆, E₇, E₃₆, E₄₂, E₄₄, E₄₅, C₃, IG₈, IG₁₈, R₃, TR₅, TR₉, TR₁₇, TR₂₀, TR₂₁, TR₂₂, TR₂₃, VB₂, VB₃, VB₄, VB₅, VB₆, VB₉, VB₁₂, VB₁₇, VB₁₈, F₂, VC₂₃, VC₂₄ (рис. 8).

Из АР использовали: точки верхней и нижней челюстей, верхней и нижней частей полости рта, верхнюю и нижнюю точки наркоза при экстракции зубов, точки симпатическую, болевую, коренных зубов (рис. 9).

Полученные нами результаты применения РА с учетом нозологических форм стоматологических заболеваний представлены в табл. 2.

Рассмотрим течение аналгезии при проведении стоматологических манипуляций. Оптимальный анальгезирующий эффект развивается через 20–30 мин после начала постепенно возрастающей по интенсивности мануальной или электрической стимуляции игл. После прекращения стимуляции и выведения игл болевая чувствительность постепенно восстанавливается. Все больные ощущают манипуляции, связанные с хирургической обработкой слизистой оболочки полости рта. Тактильная и температурная чувствительность в области предстоящего разреза сохраняется.

Отмечено, что легкие нажимы бормом, быстрые манипуляции сопровождаются менее выраженной болью. Во всех случаях трудно разделить, чем обусловлена эмоциональная реакция больного: собственно болезненными ощущениями или другими сопутствующими факторами – боязнью операции, отсутствием достаточной психологической подготовки или личностными особенностями пациента. Болезненные ощущения более выражены у эмоционально лабильных пациентов.

Изменения частоты пульса и артериального давления незначительны даже при интенсивной боли, их максимальные отклонения наблюдаются в начале манипуляций.

В наших наблюдениях после окончания манипуляции ни один пациент не ощущал боли. Для сравнения мы опросили 50 больных, которым были проведены аналогичные стоматологические манипуляции под проводниковой анестезией. У большинства из них боль возникла через 1–1,5 ч после операции, 42 (84 %) больных нуждались в приеме анальгезирующих препаратов через 1–2 ч после манипуляции.

В наших наблюдениях РА была эффективна в 85,1 % случаев. Осложнений в связи с применением РА не было.

Полученные нами результаты применения РА при стоматологических заболеваниях, а также анализ литературы дают основание заключить, что РА в стоматологии может быть использована как самостоятельный способ обезболивания и с целью усиления анальгезирующего действия других способов при экстракциях зубов, препарировании твердых тканей зуба, лечении пульпита зубов хирургическим методом в один сеанс, вскрытии абсцессов, лечении обострившихся хронических периодонтитов, глубоком кюретаже патологических зубодесневых карманов и др.

Особенности рефлексаналгезии:

1. При РА сохраняются полное и ясное сознание, способность двигаться, говорить и т. д.
2. Разные ткани обезболиваются неодинаково; хуже всего – надкостница и кожа.
3. Обезболивание неодинаково эффективно по отношению к различным повреждающим факторам: разрез

НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

- ощущается слабо, растяжение тканей, надавливание на них могут быть болезненными.
4. Эффект РА возникает постепенно и становится четко выраженным через 20–30 мин.
 5. Распространение зоны обезболивания по поверхности и в глубину, а также степень обезболивания зависят от выбранных точек.
 6. При иглоаналгезии исчезает только чувство боли, другие ощущения – прикосновения, давления, растяжения, тепла – сохранены, но могут восприниматься искаженно.

Преимущества рефлексаналгезии:

1. РА может быть применена больным, которым по каким-либо причинам противопоказана медикаментозная анестезия.
2. Пациент в сознании, может активно сотрудничать с врачом.
3. Заживление ран происходит быстрее.
4. Основные функции организма нарушаются меньше и восстанавливаются быстрее.
5. Не нарушаются координация движений и пространственная ориентация.

Недостатки рефлексаналгезии как метода обезболивания:

1. Беспокойство и переживания больного перед и во время операции, феномен присутствия на «собственной» операции, «ощущение продолжительности времени».
2. Невозможность применить метод у пациентов с рубцовыми изменениями в области БАТ, в которые следует вводить иглы для получения анальгезирующего эффекта.

В механизме анальгезирующего эффекта при практически любом способе местного обезболивания большую роль играет «центральный компонент», т. е. исходное состояние и индивидуальные особенности центральной нервной системы человека. До 92 % больных, обращающихся к стоматологам, испытывают чувство страха и эмоционального напряжения. Причинами такого состояния, по-видимому, являются психологическая значимость рта, возраст, пол, психическое развитие пациента, опыт травматических стоматологических и других медицинских вмешательств, влияние установок семьи и окружающих людей, внешняя обстановка, в которой производится стоматологическое вмешательство (R.E. Freeman, 1985).

В связи с этим важным фактором, способствующим повышению эффективности РА, а также других методов РТ и различных стоматологических манипуляций, является создание у пациентов благоприятного психоэмоционального фона. С этой целью пациенту необходимо создавать максимально спокойные внешние условия (уход, тишина, оптимальная температура в помещении, освещение, общий комфорт и др.). Кроме того, целесообразно применять элементы психотерапевтического воздействия: успокаивать больного, вызывать в нем доверие к назначенным процедурам, укреплять веру в выздоровление и пр. Такое воздействие всегда помогает успеху лечения, делая этот успех более быстрым и эффективным.

С целью улучшения психоэмоционального состояния стоматологических больных, создания у них благоприятного фона для лечебного воздействия на патогенетические звенья заболеваний целесообразно использовать психофизические практики (аутогенную тренировку), методика которой будет изложена нами в следующем номере журнала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басманов С.Н. Экспериментально-клиническое изучение электроакупунктурной анальгезии: Дис. ... канд. мед. наук. – К.: б.и., 1979. – 182 с.
2. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Бургонский В.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у больных пожилого и старческого возраста. – К.: Здоров'я, 1987. – С. 86–95.
3. Бургонский В.Г. Акупунктура как метод обезболивания в стоматологии: Материалы 2-го Всесоюзного съезда анестезиологов и реаниматологов. – Ташкент: Медицина, 1977. – С. 408–409.
4. Бургонский В.Г. Комплексное лечение больных пародонтозом с включением рефлексотерапии: Дис. ... канд. мед. наук. – К.: Б.и., 1983. – 177 с.
5. Бургонский В.Г. Практика рефлексотерапии стоматологических заболеваний на Украине в историческом аспекте / Современная стоматология. – 2002. – № 4, с. 108–112.
6. Гальперин Я.Г. Роль народной медицины в III тысячелетии. Інформаційні технології адаптаційних процесів життєдіяльності на початку III-го тисячоліття: Збірник наукових праць. – Київ – Кривий Ріг: ЗАТ «ЗТНВФ» «КОЛО», 2001. – С. 119–122.
7. Гейкин М.К. Иглоукальвание в стоматологии. / Стоматология, 1962, № 6, с. 23–30.
8. Гейкин М.К. Иглотерапия глоссалгии. – В сб.: Научно-практические работы по стоматологии. – Л., 1971, т. 2, с. 31–33.
9. Грохольский А.П., Кодола Н.А., Бургонский В.Г., Чайковский Ю.Б. Нетрадиционные методы лечения в стоматологии. – К.: «Здоров'я», 1995. – С. 3–193.
10. Ибрагимова В.С. Точечный массаж. – М.: Медицина, 1983. – 144 с.
11. Калужный Л.В. Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. – М.: Медицина, 1984. – 214 с.
12. Кодола Н.А., Бургонский В.Г. Применение электростимуляции биологически активных точек для лечения и обезболивания в стоматологии // Тез. докл 2-й Всесоюзной конференции «Электростимуляция органов и тканей». – К.: «Здоров'я», 1975. – С. 359–360.
13. Кодола Н.А., Мачерет Е.Л., Бургонский В.Г., Самосюк И.З. Применение иглоукальвания в стоматологии: Методические рекомендации. – К., МЗ УССР, 1980. – 19 с.
14. Кодола Н.А., Бургонский В.Г., Козловский С.И. Лазеропунктура в сочетании с иглорефлексотерапией в комплексном лечении пародонтоза // Тез. докл. Всесоюз. конф. по прим. лазеров в медицине. – Красноярск, 1983. – С. 125–126.
15. Кодола Н.А., Бургонский В.Г. Рефлексотерапия в комплексном лечении болезни пародонта. – К.: Здоров'я, 1989. – 125 с.
16. Ку克林 Г.С. Использование рефлексотерапии в терапевтической стоматологии (лекция). – М., ЦИУВ, 1984. – 13 с.
17. Лиманский Ю.П. Физиология боли. – К.: Здоров'я, 1986. – 96 с.
18. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по иглорефлексотерапии. – К.: Вища школа, 1982. – 302 с.
19. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Зозуля И.С. Комплексное лечение неврита лицевого нерва с применением иглорефлексотерапии: Метод. рекомендації. – К.: Б.и., 1980. – 24 с.
20. Омелянець С.М. Народна медицина. Проблеми та досягнення. Інформаційні технології адаптаційних процесів життєдіяльності на початку III-го тисячоліття: Збірник наукових праць. – Київ – Кривий Ріг: ЗАТ «ЗТНВФ» «КОЛО», 2001. – С. 126–130.
21. Прохончук А.А., Ку克林 Г.С., Кодола Н.А., Бургонский В.Г. и др. Применение лазерной рефлексотерапии в лечении стоматологических заболеваний: Методические рекомендации. – М., 1989. – 18 с.
22. Ромоданов А.П., Богданов Г.Б., Лященко Д.С. Первичные механизмы действия иглоукальвания и прижигания. – К.: Вища школа, 1984. – 112 с.
23. Самосюк И.З. Биологические ритмы и акупунктура. – К.: Здоров'я, 1984. – 30 с.
24. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. – М.: Медицина, 1980. – 560 с.
25. Теоретические и клинические аспекты рефлексотерапии и нетрадиционной медицины: Материалы научно-практической конференции. – К.: «Партнер», 2003, с. 3–5.
26. Чжу-Лянь. Руководство по современной чжень-цзю-терапии. – М.: Медиздат, 1959. – 270 с.