

**ЕСТЕЗИОМЕТРІЯ Й АУРИКУЛЯРНА МІКРОГОЛКОТЕРАПІЯ В
ПРОФІЛАКТИЦІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЗА ВИКОРИСТАННЯ
ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ**

Е.Д. Діасамідзе

Харківська медична академія післядипломної освіти

Стоматологічний центр ХМАПО

Резюме

Автор исследовал слизистую оболочку протезного ложа и тестировал ее на болевую чувствительность. Были обследованы 30 пациентов, которые никогда не пользовались съёмными протезами, и 67 пациентов, которые раньше пользовались съёмными протезами.

Анализ данных, полученных в результате обследования больных, раньше не пользующихся протезами, показал, что слизистая оболочка протезного ложа в них более чувствительна (как на верхней, так и на нижней челюстях), чем в пользовавшихся протезами. Следовательно, при пользовании протезами слизистая оболочка протезного ложа становится менее чувствительная к боли.

Ключевые слова: физиология, патофизиология, этиология, патогенез.

Summary

The author studied the mucosa of prosthetic bed and tested its pain sensitivity. 30 patients who have never used any removable prosthesis and 67 patients who used removable prosthesis before were examined.

The analysis of the received data showed higher pain sensitivity of prosthetic bed mucosa at box maxilla and mandible at the patients who had never used any removable prosthesis as compared with the patients who had used removable prosthesis before. So with the use of removable prostheses prosthetic bed mucosa loses pain sensitivity.

Key words: physiology, pathophysiology, etiology, pahogenesis.

Література

1. Ирошникова Е.С. Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного поля и её значение при ортопедическом лечении : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Е.С. Ирошникова. — М., 1968. — 14 с.
2. Антонов И.П. Поясничные боли / И.П.Антонов.- 2-е изд., перераб. и доп. / И.П.Антонов, Г.Г.Шанько. – Мн. : Беларусь, 1989 — 143 с., ил.
3. Pohodenko-Chudakova I.O. Acupuncture effect on the tissue reparative regeneration of traumatic mandibular fractures / I.O. Pohodenko-Chudakova // J. of cranio-maxillofacial surgery. Abstracts of the XVI Congress EACMFS. – Munster, Germany, 2002. – P. 75-80.

Актуальність теми. Ортопедичне лікування може супроводжуватися появою болів різного характеру, порушеннями чутливості й різноманітними парестезіями (пекучість, свербіж, «повзання мурашок», затерплість, поколювання, пощипування).

Загальновідомо, що багато людей, які користуються в ортопедичному лікуванні знімними протезами, не можуть звикнути до них через виникнення больових відчуттів.

Знімні протези й матеріали, з яких вони виготовлені, можуть впливати на слизову оболонку порожнини рота, стан якої в нормі збалансований. Це виражається у виникненні таких явищ як механічна травма (що, як правило, супроводжується запальними реакціями з боку слизової оболонки), алергічні реакції, посилення атрофічних процесів. При цьому увага лікаря-ортопеда частіше спрямована на лікування ускладнень, що виникли після накладення знімного протеза, тоді як їх профілактика - не менш важливе завдання [1].

Сучасні дані про фізіологію, патофізіологію, етіологію, патогенез і клініку болю свідчать про те, що багато хронічних больових синдромів

становлять собою системні хвороби, в основі яких лежить патологія системи больової чутливості (системи контролю болю). Порушення балансу між ноцицептивною (ушкоджувальною) й антиноцицептивною складовими системи контролю болю проявляється широкою різноманітністю клінічних синдромів і нозологічних форм. Тому обстеження й лікування пацієнтів вимагає міждисциплінарного підходу, що активно розвивається останніми роками.

Динамічний баланс активності ноцицептивної й антиноцицептивної систем проявляється в змінах больової чутливості. Механізми регуляції больової чутливості займають домінуючу позицію в ієрархії адаптаційних реакцій і тісно пов'язані з іншими гомеостатичними механізмами. Тому показники больової чутливості - пороги болю - можуть служити інтегральними показниками загального стану організму, а роль методів контролю болю й керування болем не обмежується анальгезією. Вони виконують стреслімітуючу дію, забезпечують оптимізацію адаптаційних реакцій, а отже, повинні мати місце в лікуванні й профілактиці будь-яких хвороб, у тому числі й не супроводжуватися болем [2].

Сучасна медицина має значний, що стрімко поповнюється, арсенал знеболювальних засобів і методів, більшість якого спрямована на пригнічення активності ноцицептивної системи. Але пригнічення ноцицепції одночасно блокує й природну активацію антиноцицептивної системи. Отже, призначення далеко не всіх, навіть і ефективно купіруючих біль препаратів можна визнати патогенетично обґрунтованим для лікування патологічного болю. Знеболювальна дія акупунктури й похідних від неї методів сучасної рефлексотерапії заснована на активації природних антиноцицептивних і стреслімітуючих механізмів. Тому використання цих немедикаментозних методів у комплексі з адекватно підібраними фармакологічними препаратами бачиться найбільш

перспективною стратегією лікування, особливо пацієнтів із патологічним болем [3].

Тому **метою** нашого дослідження було вдосконалення способу профілактики больового синдрому за використання знімних протезів.

Матеріали та методи досліджень. Поставлене завдання вирішується за рахунок зміни передпротезної підготовки та способу профілактики, досягається запобігання больовому синдрому та підвищення порогу чутливості слизової оболонки протезного поля.

Передпротезну підготовку здійснювали шляхом естезіометричної діагностики стану тканин зубо-щелепної системи апаратом «Эстеziометр» Е. С. Ирошниковой і А.И.Дойникова. Для вимірювання порогу больової чутливості слизової оболонки протезного ложа використовували спеціальний робочий щуп із площею поперечного перерізу 2 мм^2 . Больову чутливість вимірювали в г/мм^2 .

Після визначення порогу больової чутливості слизової оболонки альвеолярних відростків і піднебіння проводили аурикулярну мікроголкутерапію голками-кнопками у відповідні аурикулярні точки зони мочки вуха, мікроголкутерапію проводили безперервним впливом на групу акупунктурних точок; тривалість циклу - 7 днів.

Для досягнення значимого клінічного ефекту, а також для закріплення отриманих результатів проводять 3 курси аурикулярної мікроголкутерапії. Інтервал між циклами - 5 днів.

Обстежили 97 хворих із частковою або повною відсутністю зубів. Хворі були поділені на 2 групи: до I групи включено 30 хворих, серед них 16 жінок і 14 чоловіків, яких уперше протезують знімними пластинковими протезами; до II - 67 хворих, серед них 44 жінки і 23 чоловіки, які раніше користувалися знімними пластинковими протезами.

З метою отримання порівняльних даних ми визначили найбільш характерні зони тиску на альвеолярні відростки і піднебіння в ділянках: 16,

14, 12, 22, 24, 26, 32, 34, 36, 42, 44, 46 зубів із вестибулярної та оральної поверхонь, по верхівці (гребеню) альвеолярного відростка і в ділянці вестибулярного й орального схилів.

Цифрові дані досліджень підлягали варіаційно-статистичній обробці.

Таблиця 1

Розподіл вивченого матеріалу по енергетичних діапазонах у I групі

Методи дослідження	Діапазони	
	Естезіометричне дослідження	0 – 50 г/мм ²
Кількість пацієнтів	23	7
Усього	30	

Таблиця 2

Розподіл вивченого матеріалу по енергетичних діапазонах у II групі

Методи дослідження	Діапазони	
	Естезіометричне дослідження	0 – 50 г/мм ²
Кількість пацієнтів	10	57
Усього	67	

Результати та їх обговорення. У I групі при порівнянні порогів больової чутливості слизової оболонки верхньої та нижньої щелеп встановлено, що больова чутливість слизової оболонки верхньої щелепи незначно нижче больової чутливості слизової оболонки нижньої щелепи.

Найвища больова чутливість слизової оболонки спостерігається в зонах зубів 12,22,32 42 з вестибулярної поверхні.

У II групі результати дослідження показали, що слизова оболонка альвеолярного відростка і піднебіння в пацієнтів, які користувалися знімними протезами, менш чутлива до болю, ніж у осіб, які не користувалися знімними протезами.

При порівнянні порогів больової чутливості слизової оболонки протезного ложа виявляються незначні коливання порогів на нижньому альвеолярному відростку.

З 30 пацієнтів I групи в 7 при алгометрії ми виявили високий рівень больової чутливості слизової оболонки протезного ложа, а у 23 пацієнтів ці показники були в межах норми.

7 пацієнтам I групи, в яких при алгометрії виявили високий рівень больової чутливості слизової оболонки протезного ложа, була призначена пролонгована аурикулярна мікроголкотерапія голками-кнопками.

У 5 пацієнтів виявлено ослаблення болю після одного курсу пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії голками-кнопками, після 2 курсів рефлексотерапії - в 1 пацієнта, а після 3 курсів - ще в 1 пацієнта. Після застосування пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії у всіх 7 пацієнтів першої групи з високим рівнем больової чутливості слизової оболонки протезного ложа спостерігалось стійке зниження рівня больової чутливості слизової оболонки протезного ложа.

57 пацієнтам II групи, в яких при алгометрії виявили високий рівень больової чутливості слизової оболонки протезного ложа, була призначена пролонгована аурикулярна мікроголкотерапія голками-кнопками.

У 18 пацієнтів виявлено ослаблення болю після одного курсу пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії голками-кнопками, після 2 курсів рефлексотерапії - у 21 пацієнта, а після 3 курсів - ще в 13 пацієнтів. Після застосування пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії у 52 пацієнтів другої групи з 57 з високим рівнем больової чутливості слизової оболонки протезного ложа спостерігалось стійке зникнення больової реакції за користування знімними протезами. Аналіз отриманих даних показує, що проведення 3 курсів пролонгованої аурикулярної мікроголкотерапії голками-кнопками в 91,2% спостережень сприяло

стійкому зникненню больової реакції за користування знімними протезами.

Висновок. За використання пролонгованої аурикулярної мікроголкутерапії голками-кнопками буде створений підвищений поріг чутливості слизової оболонки протезного ложа для запобігання больовому синдрому в ортопедичному лікуванні за використання знімних протезів.