

Садовски Кристина Андреевна, студентка,  
Белгородский Государственный Национальный  
исследовательский университет,  
г. Белгород

## УПРАВЛЕНИЕ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В СТОМАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПРЕПАРАТЫ

**Аннотация:** Одной из актуальных проблем в стоматологии является подбор способа обезболивания пациентов. Зубная боль может быть обусловлена комплексом различных факторов, в том числе непосредственно хирургическим вмешательством. Неизбежно встаёт вопрос выбора препаратов для эффективного обезболивания с минимальными побочными эффектами и осложнениями.

**Ключевые слова:** зубная боль, анестезия, стоматология.

Перед началом лечения зубной боли обязательным этапом является получение полной информации о симптомах пациента для постановки точного диагноза. В дополнение к этому, следует собрать семейный анамнез, анамнез приема лекарств, а также предыдущий и текущий медицинский анамнез. Должен быть проведен осмотр больного, а также необходимые исследования. Поскольку боль субъективна, ее можно оценить с помощью опросников и оценочных шкал. Могут использоваться различные типы оценочных шкал, такие как числовые оценочные шкалы, визуальные аналоговые шкалы, шкалы категоризации и т. д. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) является наиболее часто используемой шкалой среди них. 10-сантиметровая линия на шкале ВАШ указывает тяжесть боли в числах от 0 до 10, где 0 означает отсутствие боли, а 10 – наибольшую возможную боль.

Премедикация – это процесс введения лекарства перед терапией или процедурой, и обычно это делается перед анестезией для любой операции. Чаще всего используется внутримышечный путь введения, хотя пероральный путь предпочтительнее. Проводить премедикацию следует заранее, до операции. Для премедикации используются различные препараты в зависимости от вида лечения и индивидуальных особенностей пациента [3].

Неопиоидные анальгетики, такие как НПВП и аспирин, обладают жаропонижающим, антиагрегантным и противовоспалительным действием в дополнение к анальгетическим свойствам. Эти формы анальгетиков не вызывают зависимости или привыкания. Они имеют потолок действия, при превышении которого анальгетический эффект не повышается. Их дозы должны вводиться через регулярные интервалы, определяемые часами. НПВП действуют, блокируя фермент циклооксигеназу, который снижает образование простагландинов. Самыми безопасными НПВП считается ибупрофен. Однако НПВП могут иметь серьезные побочные эффекты ввиду своего влияния на желудочно-кишечный тракт, печень и почки. Кроме того, НПВП блокируют циклооксигеназу тромбоцитов, снижая выработку тромбоксана A<sub>2</sub>, который отвечает за агрегацию тромбоцитов. Пациентам с проблемами кровотечения и тем, кто принимает антикоагулянтные препараты, следует избегать НПВП. Ацетаминофен является альтернативой аспирину в случаях, когда он противопоказан. Самым серьезным побочным эффектом, как известно, является гепатотоксичность. Перспективой развития терапии препаратами данной группы является введение НПВП относительно безболезненными подкожными или подслизистым методами [1]

Морфин и морфиноподобные вещества также применяются для купирования боли. Они действуют как агонисты опиоидных рецепторов, чтобы оказывать терапевтический эффект. Опиоиды имеют более высокую эффективность при увеличении дозы, в отличие от



неопиоидных анальгетиков, которые имеют эффект потолка. Однако их не следует использовать в качестве первой линии лечения зубного дискомфорта. Их чаще всего используют при интенсивной зубной боли. Когда доза НПВП и/или ацетаминофена оптимизирована, но боль все еще сохраняется, можно использовать опиоиды. Однако эти препараты вызывают зависимость и привыкание, и у пациентов может возникнуть синдром отмены.

Местные анестетики действуют, изменяя болевые пороги, блокируя импульсы, посылаемые периферическими нервными волокнами в поверхностных слоях слизистой оболочки. Местные анестетики используются в стоматологии для скрывания дискомфорта от инъекций, для уменьшения боли во время оперативных стоматологических процедур, и для облегчения любой боли, вызванной поверхностными повреждениями слизистой оболочки, такими как язвы. Лидокаин или бензокаин в дозах от 7,5 процентов до 20% обеспечивают поверхностное онемение примерно за 3 минуты. Чтобы ограничить область применения, выбранную слизистую оболочку или участок кожи высушивают перед нанесением геля ватным тампоном. Местная анестезия действует около 10 минут. Местная анестезия не имеет многих побочных эффектов, однако она может вызывать кратковременное изменение вкуса и стимуляцию тканей. Перед использованием местных анестетиков пациент должен быть проведен тест на аллергию на них. Успешная местная анестезия является краеугольным камнем лечения боли. Бупивакаин обеспечивает самую длительную продолжительность анестезии как пульпы, так и мягких тканей. Он может обеспечить анестезию пульпы более 5 часов после блокады нерва. Несмотря на это, бупивакаин редко используется в качестве основного анестетика для стоматологической терапии, будь то консервативной или хирургической. Из имеющихся в настоящее время местных анестетиков бупивакаин имеет самое медленное начало анестезии пульпы – от 6 до 10 минут. Кроме того, его длительная продолжительность анестезии мягких тканей не является необходимой и будет сочтена нежелательной большинством пациентов после нехирургических процедур [2].

Чтобы уменьшить боль при инъекции, некоторые стоматологи предпочитают использовать иглу 30 калибра. Хотя это возможно, могут возникнуть такие проблемы, как невозможность аспирации или отклонение во время инъекции. Пациентам с гипертонией 2 стадии или выше, а также тем, у кого есть известная аллергия на конкретные препараты, следует избегать местной анестезии. Возможны пагубное воздействие на ЦНС, сердечно-сосудистую систему, а также метгемоглобинемия и другие побочные эффекты местной анестезии.

Необходимо принять во внимание и предупредить пациента, что его губа и/или язык могут быть «онемевшими» в течение длительного периода от 9 до 12 часов после окончания операции. Это избавит пациента от боли, но будут пациенты, которым может быть нежелателен такой длительный период анестезии. Это увеличивает риск самостоятельного нанесения травмы мягким тканям путем жевания или прикусывания «онемевшей» губы или языка.

Также могут быть целесообразны такие методы, как акупунктура или иглоукалывание. Акупунктура дает новую надежду некоторым пациентам, которые не смогли найти облегчения с помощью традиционных методов терапии. Она работает, стимулируя нервную систему путем стимуляции определенных точек. Когда игла вводится в точку, ощущается ощущение, известное как *De qui*, которое может проявляться как онемение, дискомфорт или растяжение вокруг места введения. Это вызывает незначительную воспалительную реакцию, высвобождая нейротрансмиттеры, такие как гистамин и брадикинин. Акупунктура является безопасной практикой, если ее проводит человек, прошедший достаточную подготовку [3].

Тревожность пациента, боязнь игл, предыдущий неприятный опыт посещения стоматолога и т. д. также влияет на болевые ощущения. У некоторых людей снижение тревоги может помочь им повысить болевой порог. Обеспечение сострадательной клинической среды, а также гарантии комфорта пациента, предложенные уверенно и мягко, могут помочь



приобрести более послушного пациента. Обещание стоматолога предотвращать дискомфорт помогает в снижении тревоги. Поскольку тревога является результатом неопределенности, предоставление знаний о процессе и повышение чувства контроля у пациента может помочь уменьшить тревогу. Поощрение пациента переключит его фокус мыслей на что-то другое и также может помогать. Также было показано, что изменения в обстановке, такие как аромат лаванды в стоматологическом кабинете, помогают пациентам преодолеть свои страхи. Стоит использовать методы построения контакта с пациентом, такие как контроль голоса, отвлечение, моделирование и реконструкция памяти [3].

Боль – наиболее распространенное явление, имеющее неприятное воздействие на качество жизни пациентов. Этим обоснована необходимость многогранной индивидуализированной стратегии обезболивания стоматологических пациентов. При этом важным аспектом является правильно поставленный диагноз, собранный анамнез и учёт нежелательных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий. Боль может затем контролироваться разными фармакологическими или нефармакологическими методами, а также их комплексным действием для достижения наилучшего эффекта. Основными фармакологическими препаратами для купирования боли являются ненаркотические анальгетики (НПВП) и средства для местной анестезии. При выборе препарата важно учитывать желаемый результат, будь то долгосрочная постоперационная анальгезия, купирование боли на короткий промежуток времени или же на постоянной основе ввиду каких-либо хронических процессов. Отдельного внимания заслуживают качественная коммуникация врача-стоматолога с пациентом с целью снижения тревоги, премедикация и акупунктура.

*Список литературы:*

1. Di Spirito F. et al. Post-operative endodontic pain management: An overview of systematic reviews on post-operatively administered oral medications and integrated evidence-based clinical recommendations //Healthcare. – MDPI, 2022. – Т. 10. – №. 5. – С. 760.
2. Malamed S. F. Pain management following dental trauma and surgical procedures //Dental Traumatology. – 2023. – Т. 39. – №. 4. – С. 295-303.
3. Zehravi M., Maqbool M., Ara I. An update on pain control in conservative dentistry and endodontics: a review //The Indian Journal of Nutrition and Dietetics. – 2022. – С. 114-25.

