

Реферати

СОСТОЯНИЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ И ПРОЦЕССОВ  
РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КЛИНОВИДНЫМИ  
ДЕФЕКТАМИ

Ковалев Е.В., Браїлко Н.Н., Марченко І.Я., Назаренко З., Ляшенко Л.І.

В последнее время наблюдается значительный рост распространенности клиновидного дефекта. Смешанная слюна и способность к реминерализации твердых тканей зубов играют важную роль в этиопатогенезе данного заболевания. В работе проведен анализ скорости выделения смешанной слюны до и после стимуляции, а так же степень реминерализации твердых тканей у пациентов с клиновидными дефектами.

**Ключевые слова:** клиновидный дефект, смешанная слюна, реминерализация твердых тканей зуба.

Стаття надійшла 28.02.2013 р.

CONDITION OF SALIVATION AND PROCESSES OF  
REMINERALISATION AT PATIENTS WITH CLINOID  
DEFECTS

Kovalev E.V., Brailko N., Marchenko I., Nazarenko Z., Liashenko L.

Last time is observed considerable growth of prevalence of clinoid defect. The mixed saliva and ability to remineralisation of hard tissues of a teeth play the important role in etio-pathogenesis in the given disease. In work the analysis of speed of allocation of the mixed saliva before and after stimulation, and as degree of remineralisation of hard tissues at patients with clinoid defects is carried out.

**Key words:** Clinoid defect, the mixed saliva, remineralisation of hard tissues of a tooth.

УДК 616.379-008.64-089.5-085.22

С.В. Ковальов, М.А. Шундрик, З.Ю. Назаренко, І.Я. Марченко, Н.М. Браїлко  
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2  
ТИПУ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГІЧНИМ ВТРУЧАННЯМ

У даній статті вивчено вплив корвалолу на зміни діяльності серцево-судинної системи безпосередньо після проведення місцевого знебоління перед лікуванням одонтопатології у пацієнтів на тлі цукрового діабету 2 типу. Доведено ефективність його застосування на основі аналізу динаміки таких функціональних показників як артеріальний тиск і частота серцевих скорочень. Надані практичні рекомендації щодо особливостей лікування даної категорії пацієнтів.

**Ключові слова:** корвалол, цукровий діабет 2 типу, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”: “Відновлення стоматологічного здоров’я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація” (держреєстрація № 0111u006300).*

За статистичними даними серед пацієнтів амбулаторного стоматологічного прийому не менше 30% страждають різними загальносоматичними захворюваннями в компенсованій формі. Такі пацієнти, навіть якщо не мають больових відчуттів, при проведенні різних стоматологічних маніпуляцій, то постійно знаходяться в напрузі, очікуючи появи болю [3,7]. Також слід зазначити, що зміни гомеостазу, характерні для стресу, можуть спостерігатися ще до стоматологічного втручання, при тривалому очікуванні прийому.

При стресі підвищується активність симпатико-адреналової і гіпофізарно-надниркової систем, відбувається інтенсивний викид у кров’яне русло катехоламінів і кортикостероїдів. Це призводить до підвищення артеріального тиску ( на 10-25 мм. рт. ст.); частота серцевих скорочень і частота дихання у особливо тривожних пацієнтів може збільшитися в 2,5 - 3 рази [2]. При цьому в нормі в організмі існують компенсаторно-приспосувальні реакції, які протистоять проявам стресу, проте в умовах патології або супутньою лікарської терапії їх резерв може виявитися недостатнім. Ендогенні катехоламіни можуть спровокувати гострий напад глаукоми, гіперглікемічну кому при цукровому діабеті. Тому дуже важливим є попередження впливу стресорних факторів у процесі стоматологічного втручання на організм пацієнта, особливо на тлі цукрового діабету.

Одним із методів попередження впливу стресорних факторів на серцево-судинну систему при лікуванні одонтопатології є проведення адекватного знебоління [1]. Проте знебоління під час стоматологічного лікування такої категорії пацієнтів може позначитися на їх загальному стані, тому потрібно здійснюватися свідомий вибір тих засобів і методів проведення місцевої анестезії, які були б спрямовані на профілактику небажаних ускладнень [4]. Стресорна реакція може мати місце навіть при проведенні у пацієнта адекватного місцевого знебоління. При цьому на перший план виходять страх і тривожність перед стоматологічним лікуванням.

Проведення ін’єкційного місцевого знебоління – стоматологічна маніпуляція, яка здійснює значний вплив на загальний стан пацієнта. Введення у внутрішнє середовище організму місцевого анестетика може викликати алергічні реакції, а також загальнотоксичну дію при його передозуванні або недостатності систем його метаболізму і виведення. Попадання в організм катехоламінів у складі місцевої анестезії призводить до змін в організмі, подібним до тих, що розвиваються при стресі (підвищення АТ і ЧСС, гіперглікемія). Проте, необхідно враховувати, що відсутність адекватного знебоління у таких пацієнтів ще більш небезпечна і може спричинити за собою різні ускладнення за рахунок наявності реакції організму на біль. Тому при проведенні знебоління необхідно вирішити такі завдання: з одного боку місцева анестезія повинна бути максимально ефективною і повністю усунути больову чутливість в ділянці втручання, з іншого боку - необхідно звести до мінімуму системний вплив на організм.

**Метою** роботи було встановити ефективність використання корвалолу при проведенні місцевого ін’єкційного знебоління перед стоматологічним втручанням у пацієнтів з компенсованою формою цукрового діабету 2 типу для корекції порушень з боку серцево-судинної системи.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами дослідженні 46 пацієнтів віком від 40 до 55 років, які мали компенсовану форму цукрового діабету 2 типу та потребували знеболення під час лікування одонтопатології. Пацієнти були поділені на дві групи: основну (30 осіб) та контрольну (16 осіб). Пацієнтам основної групи безпосередньо після проведення місцевого знеболення для попередження підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень застосовували одноразово 15-20 крапель корвалолу з водою внутрішньо, знеболення пацієнтів контрольної групи проводили без спеціальної підготовки.

Пацієнти основної та контрольної груп були рандомізовані за об'ємом стоматологічного втручання, статтю, віком та психоемоційними показниками. У якості анестетика для проведення знеболення використовували 3% розчин мепивакаїну. Мепивакаїн має самостійну судинорозширювальну дію без використання вазоконстрикторів, тому препарат використовують хворим, яким протипоказані катехоламіни [6]. Всім хворим проводили визначення функціонального та психоемоційного стану перед початком лікування. Для цього встановлювали рівень особистісної тривожності за Спілбергом та рівень невротизму за Айзенком, а також вимірювали частоту серцевих скорочень за хвилину та артеріальний тиск [5]. Функціональні показники визначали до проведення знеболення та через 15 хвилин після використання корвалолу. На основі порівняння отриманих результатів у пацієнтів основної та контрольної груп робили висновки щодо ефективності запропонованого способу корекції порушень з боку серцево-судинної системи після проведення анестезії.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами вимірювання функціональних показників до початку лікування нами отримані наступні результати: 3 пацієнта основної групи мали показники артеріального тиску та пульсу у межах норми, у 21 пацієнтів спостерігали незначне підвищення вказаних показників, а у 6 пацієнтів підвищення було більш суттєвим; серед пацієнтів контрольної групи аналогічні показники артеріального тиску та пульсу розподілилися наступним чином: у 3, 9 та 3 осіб відповідно (табл. 1).

Низький рівень особистісної тривожності за Спілбергом мали 6 пацієнтів основної групи та 4 контрольної, нормальний рівень тривожності мали 20 пацієнтів основної групи та 10 контрольної, високий – 4 та 2 пацієнт відповідно. Низький рівень невротизму за Айзенком відмічали у 19 пацієнтів основної групи та у 10 контрольної, високий – у 11 та 6 пацієнтів відповідно.

Таблиця 1

**Розподіл пацієнтів основної та контрольної груп за функціональними показниками до початку лікування**

Група	АТ, мм.рт.ст			Пульс, частота СС в хв.		
	до 130/90	від 130/90 до 140/95	більш ніж 140/95	до 90	від 90 до 100	більш ніж 100
Основна, n=30	3	21	6	3	21	6
Контрольна, n=16	3	9	3	3	9	3

Після використання пацієнтам основної групи корвалолу проводили повторне вимірювання артеріального тиску та пульсу пацієнтам обох груп. При цьому у пацієнтів основної групи відмічали зменшення артеріального тиску в середньому на 17/10±3,82 мм.рт.ст., особливо вираженим було зменшення показників у групі з первинним значенням АТ- від 130/90 до 140/95 мм.рт.ст.. Крім того, більшість пацієнтів основної групи відмічала зменшення психологічної напруги та дискомфорту після прийому корвалолу. У пацієнтів контрольної групи показники артеріального тиску дещо підвищилися, в середньому на 12/8±3,25 мм.рт.ст. (рис.1). Частота серцевих скорочень у пацієнтів основної групи після седативної підготовки також зменшилися на 16±3,85, а у пацієнтів контрольної дещо підвищилася на 12±3,25 (рис. 2).

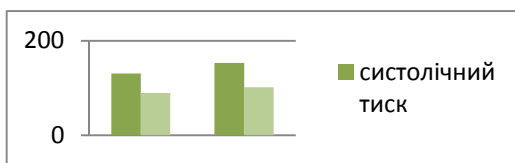


Рис. 1. Порівняльна діаграма значень артеріального тиску у пацієнтів основної та контрольної груп після проведення місцевого знеболення.

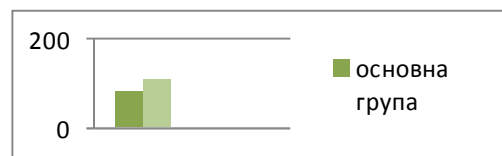


Рис. 2. Порівняльна діаграма значень частоти серцевих скорочень у пацієнтів основної та контрольної груп після проведення місцевого знеболення.

Динаміка функціональних показників, які ми порівнювали для пацієнтів основної групи, яким для корекції порушень з боку серцево-судинної системи використовували корвалол, та контрольної груп вказує на позитивний ефект запропонованого нами способу (табл. 2).

Таблиця 2

**Динаміка функціональних показників у пацієнтів у процесі лікування (M±m)**

Функціональні показники	Основна група, n=30		Контрольна група, n=15	
	до	після	до	після
Артеріальний тиск	142/98±9,75	131/89±5,84	141/97±10,12	153/101±6,34*
Пульс	96±3,85	82±2,56*	95±2,89	107±2,87*

\*- достовірність різниці між показниками до та після лікування для пацієнтів основної та контрольної груп P<0,05.

**Підсумок**

Рекомендуємо використовувати корвалол безпосередньо після проведення місцевого знеболення під час лікування одонтопатології з метою зменшення стресорного впливу на організм та попередження змін з боку серцево-судинної системи у пацієнтів з компенсованою стадією цукрового діабету 2 типу. Крім того, потрібно дотримуватися також наступних рекомендацій: при проведенні лікування даної категорії хворих уникати

створення стресових ситуацій (нетривалий час очікування прийому, використання адекватних методів знеболення), пацієнти повинні приймати антидіабетичні препарати в день лікування та не утримуватися від прийому їжі перед лікуванням, стоматологічні втручання потрібно проводити вранці, через 1-2 години після прийняття пацієнтом їжі. Рекомендується також використовувати розчини місцево-анестезуючих засобів без вазоконстриктора або препарати, які містять в якості судинозвужувального речовини феліпресин.

#### Література

1. Бизяев А.Ф. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники / А.Ф. Бизяев, С.Ю. Иванов, А.В. Лепелин [и др.] // - М., 2002. -143 с.
2. Зорян Е.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович, Е.Н. Анисимова [и др.] // - М. -ВУНМЦ, - 1997.- 123 с.
3. Лепелин А.В. Психоэмоциональное напряжение как основа дентофобии и причина развития стресса / А.В. Лепелин, Д.Е. Сутенков, Л.Н. Казакова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2004. -№ 3-4. - С. 28-30.
4. Николаев А.И. Современные методы обезболивания в стоматологии / А.И. Николаев, Л.М. // Клиническая стоматология. -2000.- №2. - С. 41-43.
5. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, М.Е. Суегин // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2005. - Т. 7, №2. - С. 56-58.
6. Bornkessel В. Убистезин и мепивастезин приводят к высокому уровню безопасности при местной анестезии / В. Bornkessel // Институт стоматологии. - 2000 -№2.- С. 46-48.
7. Newton J.T. How to reduce the stress of general dental practice: the need for research into the effectiveness of multifaceted interventions. / J.T. Newton, C.D. Allen, J. Coates [et. al.] / Br Dent J. – 2006.- Apr. 22, № 200(8). - P.437-440.

#### Реферати

##### КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Ковалев Е.В., Шундрик М.А., Назаренко З.Ю., Марченко І.Я., Брайло Н.М.

В данной статье изучено влияние корвалола на изменения деятельности сердечно-сосудистой системы непосредственно после проведения местного обезболивания перед лечением одонтопатологии у пациентов с сахарного диабета 2 типа. Доказана эффективность его применения на основе анализа динамики таких функциональных показателей как артериальное давление и частота сердечных сокращений. Даны практические рекомендации относительно особенностей лечения данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** корвалол, сахарный диабет 2 типа, артериальное давление, частота сердечных сокращений.

Стаття надійшла 22.02.2013 р.

##### CORRECTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM VIOLATIONS FOR PATIENTS WITH DIABETES 2 TYPES BEFORE STOMATOLOGICAL INTERFERENCE

Koval'ov E.V., Shundrik M.A., Nasarenko Z.Yu., Marchenko I.Ya., Brailko N.M.

This article study the influence of corvalol on changes in the cardiovascular system directly after the local anesthesia before the treatment of odontopathology of patients with diabetes mellitus of second type. Proved its effectiveness by analyzing the dynamics of such functional parameters like blood pressure and heart rate. Submitted the practical advices on features of treatment of this group of patients.

**Key words:** corvalol, second type diabetes, blood pressure and heart rate.

УДК 616.12-005.4-616-003.826]-092-08

Ю.М. Колчин, Ю.С. Капранова

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

#### УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Мета роботи - підвищити ефективність діагностики, лікування та профілактики постінфарктного кардіосклерозу у хворих в поєднанні з ожирінням та артеріальною гіпертензією шляхом корекції предикторів його розвитку, і лікування. Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 100 чоловіків з постінфарктним кардіосклерозом у комбінації з ожирінням. Терміни спостереження за хворими склали в середньому  $14,3 \pm 4,2$  місяця. Вік обстежуваних коливався від 51 до 74 років (середній вік  $61,17 \pm 0,54$  років). У 100 хворих в анамнезі був перенесений ІМ. Всі обстежувані були розподілені на 2 порівняльні групи за віком, статтю, основним і супутнім діагнозом, в залежності від доповнення до стандартної та гіполіпідемічної (аторвастатин) терапії препарату івабрадин. Основну групу склали 50 чоловік, яким проводили стандартну гіпотензивну і гіполіпідемічну терапію в поєднанні з кораксаном, і групу порівняння - 50 чоловіків, яким була призначена тільки стандартна гіпотензивна та гіполіпідемічна терапія.

**Ключові слова:** постінфарктний кардіосклероз, артеріальна гіпертензія, ожиріння, КОРАКСАН.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Луганського медичного університету на кафедрі внутрішньої медицини з профпатологією на тему: «Захворювання органів дихання з ураженням шлунково-кишкового тракту. Коморбідна патологія» (№ державної реєстрації 0111U001080).*

Високий рівень смертності від серцево-судинних хвороб (ССХ), що займають перше місце серед різних причин смертності всього населення України, в значній мірі забезпечується захворюваннями, в основі яких лежить розвиток атеротромбоза (близько 50 тис. інфарктів міокарду (ІМ) і 110-130 тис. інсультів щорік) [1]. Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Особливої уваги заслуговує той факт, що 60% пацієнтів з АГ – це особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви країни [2]. Результати дослідження Ausburg Monica Survey підтвердили вплив ожиріння на розвиток АГ в незалежності від статі. В цьому дослідженні частота виявлення АГ у групі хворих середнього віку без ожиріння складала 19%, а у пацієнтів з ОЖ індекс маси тіла (ІМТ) більше  $30 \text{ кг/м}^2 - 55\%$ . Відомо, що підвищення артеріального тиску (АТ) є найбільш частим гемодинамічним чинником навантаження, що викликає розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) [9]. Гіпертрофія ЛШ є найважливішим проявом у хворих з серцево-судинною патологією [11] і має найбільш прогностичне значення до розвитку ІМ, інсульту, СН, а також смерті від серцево-