

Оксюта В.Н.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ГИПОТИРЕОЗОМ

Резюме. В статье приведены данные анализа изменений эхографических характеристик матки и яичников у женщин с бесплодием со сниженной функцией щитовидной железы в зависимости от степени гипотиреоза. Было проведено изучение показателей маточного и яичникового кровотока в динамике в течение одного менструального цикла в разные фазы менструального цикла. Отмечено, что у женщин с субклиническим и клиническим гипотиреозом имеет место недостаточное кровоснабжение матки, в результате чего нарушается рост и развитие эндометрия соответственно фазам цикла, а нарушение яичникового кровотока не позволяет прохождению нормального цикла развития фолликула и полноценной овуляции.

Ключевые слова: эхография, бесплодие, гипотиреоз.

Oksiuta V.M.

SONOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF UTERUS AND OVARIES IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE FUNCTION DISORDER AND HYPOTHYROIDISM

Summary. The results of analysis of changes sonographic characteristics of uterus and ovaries in women with low thyroid function, depending on the degree of hypothyroidism. Ratios were studied uterine and ovarian blood flow dynamics during one menstrual cycle at different phases of the menstrual cycle. It is noted that women with clinical and subclinical hypothyroidism there is insufficient blood flow to the uterus, resulting in impaired growth and development of the endometrial cycle phases, respectively. Violation of ovarian blood flow does not allow the passage of a normal cycle of follicle development and ovulation full.

Key words: sonography, infertility, hypothyroidism.

Стаття надійшла до редакції 2.04.2013 р.

Оксюта Валерій Миколайович - заступник директора, викладач Рівненського базового медичного коледжу; voxuta@rambler.ru.

© Булавенко О.В., Льовкіна О.Л.

УДК: 618.145-055.26:618.177:159.944.4

Булавенко О.В., Льовкіна О.Л.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

НОВІ ПІДХОДИ В КОРЕКЦІЇ СТАНУ ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ПЕРВИННИМ СТРЕС-ІНДУКОВАНИМ НЕПЛІДДЯМ

Резюме. Виходячи з того, що первинне стрес-індуковане непліддя являє собою складний патологічний стан, що викликає системний зсув гомеостатичної рівноваги, спричиняючи глибокі зміни не лише у статевій системі, а й у загальному гормональному балансі організму, а також специфічні зміни у психоемоційній сфері жінок, які страждають на цю патологію, лікування первинного стрес-індукованого непліддя та корекція стану ендометрія повинні бути комплексними, етіопатогенетично обґрунтованими, і спрямованими на усунення причин непліддя.

Ключові слова: стрес-індуковане непліддя, гормональний баланс, стан ендометрія.

Вступ

Кожна третя пара подружня пара репродуктивного віку стикається із проблемою непліддя [Татарчук, 2008]. Не зважаючи на розширення діагностичних та лікувальних можливостей частота ідіопатичного непліддя залишається незмінною і становить близько 15-25% [Кулаков и др., 2005]. З них близько 30% непліддя є стрес-індукованим [Татарчук, 2006]. Репродуктивна система не приймає безпосередньої участі в адаптації до стресу, проте тимчасово знижує чи призупиняє свою функцію, забезпечуючи кровотоком та енергією життєво важливі органи і системи [Адамян, 1988; Татарчук, 2009]. Одним із показових маркерів зниження репродуктивного потенціалу є функціональний стан ендометрія [Сопнолу, 1992]. Виявлені у нашому дослідженні особливості змін у гормональному балансі, порушення психоемоційної сфери, а, головне, зміни у функціональному стані ендометрію у жінок, які страждають на пер-

винне стрес-індуковане непліддя, зумовили необхідність розробки змін до існуючих схем лікування цієї патології, що забезпечило поєднаний вплив на усі фактори, які сприяють виникненню та хронізації непліддя, надали можливість нормалізації гомеостатичної рівноваги організму, відновлення нормального психоемоційного стану, а також досягнення нормального функціонального стану ендометрія, що призвело до настання вагітності в перспективі.

Мета: обґрунтувати доцільність корекції стану ендометрія у жінок репродуктивного віку із первинним стрес-індукованим непліддям.

Матеріали та методи

До дослідження було включено 120 жінок активного репродуктивного віку (24-35 років) із первинним непліддям, психоемоційними стресами в анамнезі, відсут-

ністю органічної патології як чинника непліддя. За тривалістю непліддя жінок розподілили на групи із тривалістю непліддя 2 роки та тривалістю непліддя 2-5 років. Даних жінок було розподілено на 2 однакових за якісним і кількісним складом групи. Основна група (60 жінок) отримувала запропоновану нами терапію. Група порівняння (60 жінок) отримувала традиційну терапію. Контрольну групу склали 20 практично здорових жінок.

Були використані клінічні методи (збір анамнезу, гінекологічний огляд, ІМТ), лабораторні (вміст прогестерону, естрадіолу, пролактину, кортизолу, ДГЕА-с, ФСГ, ЛГ), інструментальні методи (сонографічне дослідження ендометрія із доплерівським картуванням), психометричні методи (визначення рівнів реактивної та особистісної тривожності, визначення особистісних характеристик, інтенсивності та періодичності дії стресів), математико-статистичні методи.

Результати. Обговорення

Контрольна оцінка показників гормонального гомеостазу, функціонального стану ендометрія, а також інтенсивності стресорного впливу та психологічних характеристик проводилася через 3 місяці від початку лікування. Оцінка проводилася за тією ж методикою, що застосовувалася для обстеження жінок до початку терапії.

При аналізі рівнів статевих гормонів до лікування було виявлено зниження рівнів прогестерону та естрадіолу порівняно із здоровими жінками (табл. 1), та підвищення рівнів стресорних гормонів у досліджуваних жінок порівняно із здоровими жінками (табл. 2).

При визначенні ультразвукових параметрів ендометрія виявлено значне його витончення - $7,04 \pm 0,96$ мм, що свідчить, паралельно із виявленою нами гіпопрогестеронемією, про відсутність переходу від фази проліферації до фази секреції. Внаслідок таких змін спостерігається неможливість імплантації яйцеклітини в такий неповноцінний ендометрій.

Було виявлено, що для жінок із первинним стрес-індукованим непліддям характерними є порушення регіонарної гемодинаміки, що проявляється у підвищенні індексів пульсації та резистентності, натомість в самих дистальних гілках ендометріальних судин - спіралевидних артеріях - кровотік практично не реєструвався (табл. 3).

При аналізі психологічних особливостей у жінок із первинним стрес-індукованим непліддям було виявлено підвищення рівнів реактивної ($45,5 \pm 6,47$ балів), та особистісної тривожностей ($4,91 \pm 7,19$ балів). Найбільш показовими проявами з боку психоемоційної сфери виявились: зниження настрою (89,2%), тривога (60,8%), асенізація (53,3%), дратівливість (46,7%). Також нами проаналізовані особливості інтенсивності та періодичності впливу гострих та хронічних стресів у жінок із первинним стрес-індукованим непліддям. Виявилось, що постійній дії гострих стресів підлягали 55,5% жінок, натомість постійному впливу хронічних стресів підлягали 80,0% обстежених жінок, що свідчить про

Таблиця 1. Особливості рівнів статевих гормонів у жінок із первинним стрес-індукованим непліддям.

Групи жінок	n	Прогестерон, нг/мл	Естрадіол, пг/мл
Основна	120	$10,66 \pm 1,033$	$62,22 \pm 6,210$
Контрольна	20	$19,64 \pm 0,57$	$234,1 \pm 14,6$

Примітка: $p < 0,05$.

Таблиця 2. Особливості рівнів гормонів стресреалізуючої системи у жінок із первинним стрес-індукованим непліддям.

Групи жінок	n	Пролактин, нг/мл	Кортизол, мкг/мл	ДГЕА-с, мкг/дл
Основна	120	$26,04 \pm 1,488$	$15,54 \pm 0,745$	$312,59 \pm 158,44$
Контрольна	20	$7,56 \pm 2,35$	$13,31 \pm 1,63$	$208,15 \pm 115,13$

Примітка: $p < 0,05$.

Таблиця 3. Особливості регіонарної гемодинаміки в маткових артеріях у жінок із первинним стрес-індукованим непліддям.

Показники кровотоку в артеріях матки	Групи жінок		
	Тривалість непліддя 2 роки (n=82)	Тривалість непліддя 2-5 років (n=38)	Практично здорові жінки (n=20)
Спіралевидні артерії **	ІР $0,06 \pm 0,20$ ІП $0,05 \pm 0,19$	$0,00 \pm 0,00$ $0,00 \pm 0,00$	$0,64 \pm 0,002$ $1,863 \pm 0,012$
Аркуатні артерії *	ІР $0,76 \pm 0,03$ ІП $1,76 \pm 0,04$	$0,78 \pm 0,03$ $1,78 \pm 0,04$	$0,63 \pm 0,003$ $1,34 \pm 0,002$
Радіальні артерії *	ІР $0,75 \pm 0,02$ ІП $1,54 \pm 0,02$	$0,76 \pm 0,02$ $1,55 \pm 0,02$	$0,57 \pm 0,002$ $0,85 \pm 0,002$
Базальні атрерії *	ІР $0,74 \pm 0,02$ ІП $1,26 \pm 0,03$	$0,75 \pm 0,01$ $1,27 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,003$ $0,67 \pm 0,005$
Маткові артерії *	ІР $0,80 \pm 0,03$ ІП $2,70 \pm 0,02$	$0,83 \pm 0,03$ $2,96 \pm 0,02$	$0,39 \pm 0,002$ $0,52 \pm 0,003$

Примітка: * - $p < 0,01$; ** - $p < 0,05$.

вирішальну роль саме хронічних стресів в патогенезі розвитку первинного стрес-індукованого непліддя.

Високе стресове навантаження і пов'язане з цим зростання в крові рівнів гормонів стресреалізуючої системи, та зниження рівнів статевих гормонів, а також витончення ендометрія та порушення регіонарної гемодинаміки, виявлене нами у жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане непліддя, вимагає удосконалення існуючих лікувальних заходів у напрямку стабілізації психоемоційного стану, усунення тривоги, зниженого настрою, недопущення хронізації стресу та відповідного порушення гормонального гомеостазу і змін функціонального стану ендометрія.

Враховуючи виявлені особливості психоемоційної сфери, гормонального гомеостазу та функціонального стану ендометрія у обстежених жінок, нами було розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я комплекс лікувальних заходів з метою корекції стрес-індукованого непліддя та успішного настання вагітності в подальшому.

Основу лікування обстежених жінок становила схема, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 року № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінеколо-

гічної допомоги". Лікувальні заходи були спрямовані на виявлені ланки патогенезу стрес-індукованих порушень репродуктивної функції: функціональну гіперпролактинемію, гіпопрогестеронемію, усунення психоемоційних стресів, нормалізацію індексів резистентності та пульсаційного індексу в судинах ендометрія та потовщення ендометрія.

Традиційна схема лікування включала рекомендації щодо зміни способу життя та психологічної саморегуляції, і була спрямована на гормональну підтримку лютеїнової фази препаратом дуфастон та фолієвою кислотою.

При виборі препаратів для лікування нами враховувався той факт, що досліджені групи складаються з жінок молодого віку, які не мали в минулому вагітностей і в подальшому бажають завагітніти. Тому нами були обрані препарати з мінімальною токсичністю на випадок, якщо під дією лікування настане вагітність.

Ми призначали фолієву кислоту у дозі 400 мг 1 раз на добу. Дуфастон призначали по 10 мг 2 рази на добу з 15-го по 25-й день циклу. Курс тривав 3 місяці.

Запропонована схема включала описану вище базисну терапію, а також була доповнена препаратами Мастодинон, Фенібут.

Оскільки нами було виявлено у обстежених жінок функціональну стрес-індуковану гіперпролактинемію, виникла необхідність у застосуванні препаратів, які б знижували рівень пролактину. Також даний препарат усуває естроген-прогестагенний дисбаланс, нормалізує менструальний цикл. Ми призначали жінкам, які склали групу запропонованої терапії, Мастодинон по 30 крапель двічі на добу курсом у 3 місяці.

Для лікування стрес-асоційованих порушень психіки традиційно використовують медикаментозні та немедикаментозні (психотерапія) засоби.

Водночас, специфічний характер дослідженого контингенту (молоді жінки, які активно прагнуть завагітніти, і у яких можливе настання вагітності в період лікування) накладає ряд принципів обмежень у виборі психотропних препаратів і виключає використання значної кількості препаратів, які мають високий терапевтичний ефект щодо психоемоційних розладів, однак є небезпечними в плані тератогенності або порушення нормального менструального циклу. Тому з метою корекції психоемоційних розладів, виявлених у обстежених жінок, нами було включено до запропонованої схеми лікування препарат γ -аміно- β -фенілмасляна кислота, похідне гама-аміномасляної кислоти.

Дана речовина полегшує ГАМК-опосередковану пе-

редачу нервових імпульсів в ЦНС. Покращує функціональний стан мозку за рахунок нормалізації метаболізму тканин і впливу на мозковий кровообіг (збільшує об'ємну та лінійну швидкість мозкового кровотоку, зменшує опір мозкових судин, покращує мікроциркуляцію, має антиагрегантні властивості), має транквілізуючу, психостимулюючу, антиагрегантну та антиоксидантну дію. Фенібут має ноотропну активність, зменшує тривожність, напругу, неспокій та страх, емоційну лабільність, покращує сон, підвищує розумову працездатність. Даний препарат зменшує прояви астенії та вазо-вегетативні симптоми (головний біль, відчуття важкості в голові, порушення сну), а також покращує психологічні показники (увагу, пам'ять, швидкість і точність сенсорно-моторних реакцій). Препарат є малотоксичним, не викликає алергічних реакцій, а також немає тератогенного, ембріотоксичного та канцерогенного ефектів.

Усе це дало нам підстави включити Фенібут до складу комплексного лікування у запропонованій схемі. Препарат призначався по 1 таблетці тричі на добу протягом трьох місяців.

У генезі первинного стрес-індукованого непліддя основну роль грають психоемоційні стреси. Саме тому нами була запропонована психокорекційна програма, що включала два етапи.

На першому етапі, під час первинного огляду, основу психотерапевтичної роботи складала раціональна психотерапія. Метою цього етапу було усвідомлення жінкою причин непліддя, формування її активної позиції щодо подолання непліддя, створення умов для терапевтичного співробітництва, свідомого і ретельного виконання жінкою рекомендованих нами лікувальних заходів. На цьому етапі також надавалися рекомендації щодо зміни способу життя та вживання лікарських засобів.

Слід зауважити, що цей етап психотерапевтичної корекції був неодмінною складовою комплексної терапії всіх без виключення пацієнок, як в основній, так і в групі порівняння.

На другому етапі у жінок, які одержували запропоновану терапію, до комплексу лікувальних заходів було включено аутогенне тренування за методикою Й. Шульца (1932).

Заняття проводилися за наступною схемою: перші три заняття, які включали опанування шести стандартних вправ першого ступеню, проводилися щоденно або з перервою у один-два дні, надалі, для контролю за правильністю опанування методики аутотренінгу, про-

Таблиця 4. Динаміка змін у показниках гормонального балансу у жінок із первинним стрес-індукованим непліддям.

Схема лікування	Прогестерон, нг/мл	Естрадіол, пг/мл	Пролактин, нг/мл	Кортизол, мкг/мл	ДГЕА-с, мкг/дл
Традиційна терапія	9,16±1,119	67,48±7,344	22,97±1,465	14,72±0,710	315,28±14,435
Запропонована терапія	14,12±0,638	89,30±8,004	16,76±0,826	12,74±0,597	257,62±122,42

Примітка: $p < 0,01$.

Таблиця 5. Динаміка змін у показниках кровообігу в спіралевидних артеріях матки під впливом лікування за традиційною та запропонованою схемами.

Схема лікування	Індекс резистентності (ІР)	Пульсаційний індекс (ІП)
До лікування	0,06±0,20	0,05±0,19
Традиційна	0,58±0,002	1,742±0,012
Запропонована	0,63±0,002	1,863±0,014

Примітка: $p < 0,05$.

Таблиця 6. Настання вагітності після проведеного лікування у жінок з первинним стрес-індукованим непліддям, які отримували традиційну і запропоновану терапію.

Настання вагітності	Традиційна терапія		Запропонована терапія		Всього		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Ні	59	98,3	53	88,3	112	93,3	<0,05
Так	1	1,7	7	11,7	8	6,7	
Всього	60	100,0	60	100,0	120	100,0	

тягом двох тижнів проводилися контрольні заняття з періодичністю від двох разів на тиждень до одного разу на три тижні, в залежності від якості опанування жінкою методики аутогенного тренування. Курс психотерапевтичного лікування АТ тривав три місяці, загальна кількість проведених з інструктором (нами) занять складала від 7 до 25. Самостійні сеанси АТ проводилися жінками щоденно, з періодичністю від 1 разу на день до 5-6 разів на день в залежності від стресорного навантаження.

Внаслідок проведеного лікування за запропонованою схемою було виявлено значно кращу динаміку, в порівнянні із традиційною терапією, яка полягала у підвищенні рівнів статевих гормонів та зниженні рівнів стресорних гормонів (табл. 4).

При оцінці динаміки змін товщини ендометрія виявилось, що запропонована схема ефективніше вплинула на потовщення ендометрія порівняно із традиційною (10,15±0,69 проти 9,69±0,82 мм).

Оскільки самими показовими в плані порушення регіонарної гемодинаміки виявились спіралевидні артерії, в яких кровотік практично не візуалізувався, ми акцентували увагу на відновленні нормальних показників індексу резистентності та пульсаційного індексу саме в цих судинах ендометрію. Запропонована схема виявилась ефективнішою по відновленню кровотоку в порівнянні із традиційною (табл. 5).

Під впливом отриманого лікування, майже однаковою мірою від традиційної та запропонованої терапії спостерігалось зменшення проявів з боку психоемоційної сфери: зниження настрою (70%), тривога (18,3%), асенізація (33,3%) та дратівливість (16,7%). Отримане лікування суттєво не вплинуло на підвищений рівень

особистісної тривожності, оскільки дана тривожність є однією із стрижневих особистісних рис і для її корекції необхідне втручання психотерапевта. Під впливом запропонованої терапії відмічалось ефективніше зниження реактивної тривожності в порівнянні із традиційною корекцією (40,8±6,5 проти 43,2±6,4 балів).

Кінцевою метою корекції стану ендометрія є настання вагітності. Запропонована нами схема виявилась ефективною у вирішенні цієї головної задачі лікування і продемонструвала кращі результати, ніж традиційна схема.

Через три місяці лікування за стандартною схемою вагітність настала у однієї жінки, тривалість непліддя у якої складала 2 роки. В групі жінок, які отримували запропоновану терапію, вагітність настала у 7 жінок, в тому числі у 5 - з терміном непліддя 2 роки, і у 2 жінок, у яких тривалість непліддя складала 4 роки.

Узагальнені дані щодо ефективності традиційної і запропонованої схем лікування відносно настання вагітності наведено у табл. 6.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Дані нашого дослідження продемонстрували суттєві переваги запропонованої схеми корекції стану ендометрія у жінок репродуктивного віку із первинним стрес-індукованим непліддям, що включала прийом Дуфастону, фолієвої кислоти, Мастодинону, Фенібуту курсом у 3 місяці, а також курс раціональної психотерапії та аутотренінгу над традиційною схемою лікування, що включала лише прийом Дуфастону, фолієвої кислоти та раціональної психотерапії.

2. Під впливом запропонованої терапії спостерігається ефективно підвищення показників статевих гормонів та зниження рівнів стресорних гормонів порівняно із традиційною терапією.

3. Відмічається суттєве потовщення ендометрію та відновлення кровотоку в спіралевидних артеріях у 95% досліджуваних жінок під впливом запропонованої терапії.

4. Запропонована терапія виявилась ефективнішою у стабілізації психоемоційної сфери досліджуваного контингенту жінок.

5. Запропонована схема корекції ендометрію (Дидрогестерон, фолієва кислота, Мастодинон, гамааміномасляна кислота, раціональна психотерапія, аутотренінг) сприяла відновленню репродуктивної функції та настанню бажаної вагітності у 11,7% жінок протягом 6 місяців від закінчення лікування.

Перспективи в подальшому: заплановано впровадити розроблений комплекс лікувальних заходів в жіночих консультаціях ВМКПБ №1, ВМКПБ №2, КЛ "ЦМ та Д", центрі планування сім'ї ВОКЛ ім. М.І. Пирогова.

Список літератури

Адамян Л.В. Бесплодие у больных с тяжёлыми формами эндометриоза и тактика восстановительного лече-

ния / Л.В. Адамян // Диагностика и лечение бесплодного брака. - М., 1988. - С. 105-111.

Кулаков В.И. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии [учеб.

- пособ.] / В.И. Кулаков, Б.В. Леонов, Л.Н. Кузьмичев - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - С. 43-51.
- Татарчук Т.Ф. Спосіб життя та гормональний гомеостаз у жінок раннього репродуктивного віку / Т.Ф. Татарчук : зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - К.: Интермед, 2008. - С. 700-704.
- Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины / Т.Ф. Татарчук // Эндокрин. гинекол.- 2006.- № 3.- С. 2-9.
- Татарчук Т.Ф. Шкала оценки переживания стресса Perceived Stress Scale (PSS): основные этапы адаптации для женского населения Украины / Т.Ф. Татарчук : зб. праць Асоціації акушер-гінекологів України. - К.: Интермед, 2009. - С. 606-613.
- Connolly K. The impact of infertility on psychological functioning / K. Connolly // Journal of Psychosomatic Research. - 1992. - № 36. - P. 459-468.

Булавенко О.В., Левкина Е.Л.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Резюме. Исходя из того, что первичное стресс-индуцированное бесплодие представляет собой сложное патологическое состояние, которое вызывает системный сбой гомеостатического равновесия, приводя к глубоким изменениям не только в половой системе, но и в общем гормональном балансе организма, а также специфические изменения в психоэмоциональной сфере женщин, которые страдают этой патологией, лечение первичного стресс-индуцированного бесплодия и коррекция состояния эндометрия должны быть комплексными, этиопатогенетически обоснованными и направленными на устранение причин бесплодия.

Ключевые слова: стресс-индуцированное бесплодие, гормональный баланс, состояние эндометрия.

Bulavenko O.V., Lyovkina O.L.

NEW METHODS OF ENDOMETRIUM STATUS CORRECTION IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH PRIMARY STRESS-INDUCED INFERTILITY

Sammury. Stress-induced infertility is a complicated pathological status, which leads to system disorders of homeostasis balance and causes deep changes not only in reproductive system but in whole hormonal balance and also causes specific changes in woman's psychoemotional sphere, so that is why treatment of stress-induced infertility and endometrium correction should be complex, etiopathogenetically grounded and directed to removing of infertility reasons.

Key words: stress-induced infertility, hormonal balance, endometrium status.

Стаття надійшла до редакції 25.03.2013 р.

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

Льовкіна Олена Леонідівна - аспірант кафедри акушерства і гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (067) 7471707.

© Малаховська А.О., Шувалов С.М.

УДК: 615.211: 611.92:611.93

Малаховська А.О., Шувалов С.М.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018)

РОЛЬ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПРЕМЕДИКАЦІЇ У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ

Резюме. В роботі запропонована схема премедикації для проведення оперативних втручань з приводу гнійно-запальних процесів під провідниковим знеболенням. До схеми премедикації включений декскетопрофен трометамол. Показана висока ефективність комбінованої методики: провідникового знеболення на фоні запропонованої премедикації. Та її значення в післяопераційному періоді.

Ключові слова: гнійно-запальний процес, провідникове знеболення, премедикація, післяопераційний період.

Вступ

Актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології є біль. Питання забезпечення безболісного проведення хірургічних втручань вирішено в зв'язку з можливістю використання місцевого та загального знеболення, тоді як больовий синдром в післяопераційному періоді погіршує самопочуття пацієнтів і відбивається на ефективності реабілітації. Раціоналізація застосування існуючих, а також пошук нових методів і засобів для попередження та боротьби із болем потребує ясних

уявлень про фізіологічні, біохімічні, психофізіологічні механізми формування болю та проведення больових імпульсів до центральної нервової системи.

Дослідження останніх років встановили значну різницю в нейрон-фізіологічних і нейрон-хімічних механізмах виникнення болю при різних патологічних станах. Це передбачає застосування різних знеболюючих засобів для попередження або купіювання больових синдромів, орієнтуючись на особливості характеру та пато-