

- 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-

генезу останніх [Рабинович и др., 2006; Baron, 2000]. Так, при запаленні, однією з причин виникнення болю є збільшення кількості простагландинів (ПГ) в осередку запалення, особливо ПГ E2 і простацикліну, які мають сенсibiliзуючий вплив на больові рецептори та підвищують їхню чутливість до брадикініну та гістаміну - основних медіаторів болю. Іншою причиною виникнення болю при запаленні є розвиток ацидозу в тканинах [Мухин, 1974; Науменко, 2003].

При операціях підпровідниковим знеболенням особливого значення набуває премедикація [Бизяев и др., 1992]. Для забезпечення основних компонентів премедикації застосовують декілька груп фармакологічних засобів: снодійні (барбітурати, бензодіазепіни), психотропні засоби (транквілізатори бензодіазепінового ряду, нейролептики фенотіазинового і бутирофенонового ряду), наркотичні анальгетики, холіноблокуючі і антигістамінні засоби [Биневич, 2003].

Останнім часом підвищується цікавість до так званої попереджувальної аналгезії (pre-emptive analgesia), дія якої обумовлена попередженням або зменшенням формування пам'яті про біль в ЦНС. Це в подальшому може зменшити потребу в анальгетиках, що використовуються в перед-, інтра- та післяопераційному періодах [Андрееенко, 2005].

Метою нашого дослідження є подовження безболісного післяопераційного періоду та зменшення потреби знеболюючих препаратів у післяопераційному періоді.

Матеріали та методи

Нами вибрана і запропонована схема премедикації, яка складається з комбінації чотирьох груп препаратів: нестероїдніпротизапальні засоби (дексалгін), холіноблокуючі (атропін), транквілізатори (сібазон), антигістамінні (димедрол). Вибір даних груп препаратів зумовлений наступними їх властивостями. Так, для премедикації застосовують дві групи холіноблокуючих засобів - периферичної і центральної дії. Холінолітичні препарати периферичної дії (атропін, скополамін, метацин) блокують м-холінорецептори внутрішніх органів (екзокринні залози, гладкі м'язи, серце, ЦНС), зменшує чи припиняє взаємодію з ними медіатора ацетилхоліну (А.Н. Кудрин, 1977). Нами обраний препарат периферичної дії (атропін), оскільки він проявляє низку ефектів: зменшує слиновиділення, знижує секрецію бронхіальних залоз, нормалізує ритм серця, знімає спазм гладкої мускулатури.

Психотропні препарати, які застосовуються для премедикації включають дві групи засобів: транквілізатори і нейролептики. Транквілізатори, з яких в теперішній час отримали найбільш широкого розповсюдження - це препарати бензодіазепінового ряду (Н.А. Осипоап, 1988; С.А. Рабинович, 2000; М. Duggan et al., 2002; J. Ebner et al., 2007). Відомо, що вони виявляють седативну, снодійну, анксиолітичну, проти-судомну, гіпотонічну і анамнестичну дію; усувають тривогу, підвищують стійкість до болю, викликають помірне розслаблення м'язів в зв'язку з їх центральною міорелаксуючою дією (А.А. Касьянов, 2000). Збільшують ефективність знеболення, підвищують безпечність проведення оперативних втручань в вогнищі запалення. Глибина седатції буде залежати від препаратів і їх комбінації (А.Ф. Бизяев и соавт., 1998; С.А. Рабинович и соавт., 1999, 2000; D. Gozal, 2000; M. Vaster, 2000; L. Neumark, 2000). Механізм дії транквілізаторів пов'язана з пригніченням лімбічної системи, гіпоталамусу, ретикулярної формації стовбуру мозку, таламічних ядер, тобто структур пов'язаних з регуляцією психоемоційних реакцій. Найчастіше в практиці застосовують діазепам, сібазон, седуксен, які володіють найбільш вираженою протитривожною дією (M.S. Clark et al., 1987; R.D. Zailern et al., 1987).

Антигістамінні засоби блокують рецептори, які чутливі до гістаміну, не впливаючи на синтез і виділення вільного гістаміну. За механізмом дії антигістамінні засоби поділяються на блокатори H1- та H2-рецепторів. Збудження гістаміном H1-рецептора приводить до підвищення тонуусу гладких м'язів, кишківника, бронхів і матки. H2- рецептори приймають участь в регуляції діяльності серця і секреторної активності шлунка. Для премедикації найчастіше застосовуються блокатори гістамінових H1-рецепторів: димедрол, супрастин, дипразин. Вони є специфічними антагоністами гістаміну, володіють протиалергічними, седативними і снодійними властивостями.

За останні роки з'явилися ненаркотичні анальгетики і нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), такі, як кеторолак, кетопрофен та ін. Вони володіють вираженою знеболюючою дією, не викликаючи, на відміну від наркотичних анальгетиків, лікарської залежності (D. Gozal, 2000; Н.А. Антонова, С.А. Рабинович, Е.В. Зорян, 2001). Є поодинокі роботи, що вказують на можливість застосування НПЗЗ на амбулаторному прийомі у хірурга стоматолога. Але для застосування у схемі премедикації чи окремо у хворих з приводу абсцесів чи флегмон

Таблиця 1. Порівняльна характеристика критеріїв перебігу післяопераційного періоду (M±m).

Критерії перебігу							
Групи хворих	Час появи перших скарг (M±m), хв.	t	ВАШ (M±m), бали	t	Доза дексалгіну (в перші 24 години), мг	t	Хворі, які не потребували знеболення (перші 12 годин), %
I n=21	207,04±27,72*	3,53	2,08±0,72*	0,18	58,96±2,25	1,26	-
II n=22	327,95±20,16*		1,89±0,69*		55,26±1,88		22,5% $\chi^2=4,22$

Примітка: * - p<0,05 порівняно з груповими значеннями показників.

щелепно-лицевої ділянки не використовувались.

На нашу думку, ефективність НПЗЗ при болях запального характеру визначається основним механізмом циклооксигенази (ЦОГ), що призводить до пригнічення синтезу простагландинів (ПГ), насамперед в вогнищі запалення. Внаслідок цього знижується чутливість болювих рецепторів до медіаторів болю (брадикініну, серотоніну, гістаміну і т.п.), зменшується запальний набряк, що створює тиск на рецепторні закінчення.

Нами пропонується наступна схема премедикації, що включає НПЗЗ: 1) дексалгін 2мл в/м (за 40 хвилин до операції); 2) атропін 0,1% - 1мл п/ш (за 40 хвилин); 3)сібазон 0,5% - 2мл (за 30 хвилин); 3) дімедрол 1% - 1мл в/м (за 30 хвилин).

Для введення препаратів був обраний внутрішньом'язовий спосіб введення суміші, оскільки він найбільш простий, зручний і безпечний, тривалість дії при ньому менша в порівнянні з внутрішньовенним. Внутрішньом'язовий метод не викликає глибокого гальмування і зберігає кахлевий рефлекс.

Після проведення премедикації через 40 хвилин виконували комбінацію трьох блокад [Шувалов, Малаховська, 2006]: 1. Центральна анестезія третьої гілки трійчастого нерву біля овального отвору; 2. Ангулярний метод знеболення язикоглоткового нерву; 3. Блокада гілок поверхневого шийного сплетення.

Оцінку адекватності анальгезії проводили на основі показників Міжнародної асоціації по вивченню болю в якості критеріїв, що показують її динаміку. Такими критеріями є: час появи перших скарг на наявність болю в післяопераційному періоді, середня інтенсивність болю по 10-балів ВАШ протягом перших 2-3 год. після операції, середні витрати декскетопрофену трометамолу (дексалгіну) протягом 24 год. після операції, процент пацієнтів, що не потребували післяопераційного знеболення.

Статистичну обробку даних виконували із застосуванням електронних таблиць "Microsoft Excel" і статистичного пакету "STATISTICA 6". Для порівняння параметричних даних (після перевірки кількісних даних на нормальний розподіл за допомогою тестів Колмогорова-Смирнова та Шапіро-Вілка) застосовували двобічний t-критерій Стьюдента для 2-х незалежних вибірок. При розподілі даних, що суперечать закону нормального розподілу застосовували критерій Манна-Уїтні та

Вілкоксона для непараметричних даних.

Для знаходження відмінностей частот використовували метод визначення χ -квадрат (Пірсона), для обчислення якого будували сітку "2*2".

Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості) і при $p < 0,01$ (99%-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

Обстежено та прооперовано 43 хворих з гнійно-запальними процесами щелепно-лицевої ділянки під провідниковим знеболенням на фоні премедикації, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова. Вік хворих знаходився в межах від 18 до 60 років. Із них 24 склали чоловіки і 19 жінки. Гнійно-запальний процес захоплював один, два чи три анатомічні простори в нижній третині обличчя.

В залежності від схеми премедикації усі хворі були розділені на дві групи: I (21 пацієнт) - премедикація розчином сібазону та II (22 пацієнта) - премедикація: 1) дексалгін; 2) атропін; 3) сібазон; 4) дімедрол. Перебіг післяопераційного періоду у двох групах представлений в таблиці (табл. 1).

У I групі хворих перші скарги про біль з'явилися в середньому через $207,04 \pm 27,72$ хвилин. На відміну від II групи, коли більші відчуття з'явилися лише через $327,95 \pm 20,16$ хвилин ($t = 3,53$, $p < 0,05$). За інтенсивністю біль, що виникав у хворих групи I та II за ВАШ був майже однаковий, відповідно $2,08 \pm 0,72$ бали проти $1,89 \pm 0,69$ балів ($t = 0,18$, $p > 0,05$). Доза дексалгіну в групі I та II склала $58,96 \pm 2,25$ мг та $55,26 \pm 1,88$ мг відповідно ($t = 1,26$, $p > 0,05$). Хворих, які не потребували знеболення в I групі не було. В II групі таких пацієнтів було 4, які відмовились від знеболення, а дозування дексалгіну для решти хворих було вдвічі нижчим ніж в I групі.

Висновок та перспективи подальших розробок

1. Застосування дексалгіну у складі премедикації дозволяє подовжити безболісний післяопераційний період.

2. Використання НПЗП перед операцією зменшує його потребу в післяопераційному періоді.

Список літератури

- Андреев А.А. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических оперативных вмешательств в условиях стационара одного дня [Текст] / А.А. Андреев // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. - С.-Пб., 2005. - № 1. - С. 46-52.
- Биневич В.М. Пункции и катетеризации в практической медицине [Текст] / В.М. Биневич. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. - 384 с.
- Мухин М. В. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия [Текст] / М.В. Мухин. - Л.: Медицина, 1974. - 457 с.
- Науменко В.А. Способ оценки напряженности стрессорных реакций в амбулаторной анестезиологической практике [Текст] / В.А. Науменко // Біль, знеболювання, інтенсивна терапія. - 2003. - № 2. - С. 176-178.
- Премедикация в условиях стоматологической клиники [Текст] / [Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А.] - М: ГОУ ВУМНЦ МЗ РФ, 1992. - С. 7-21.
- Рабинович С. А. Применение современной технологии местного обезболивания - залог качественной практики стоматолога [Текст] / С. А. Рабинович, Е. В. Зорян, Е. Г. Матвеева / Стоматолог. - Харків, 2006. - № 8. - С. 53-57.
- С.М. Шувалов Удосконалення провідникового знеболення операцій в ділянці

дна порожнини рота та верхньої третини шиї [Текст] / С.М. Шувалов, А.О. Малаховська // Альманах сто-

матології. - 2006. - № 3. - С. 15-18. Baron R. Neuropathic pain. The long path from mechanisms to mechanism -

based treatment [Текст] / R. Baron // Anaesthesist. - 2000. - Vol. 49, № 5. - P. 373-386.

Малаховська А.А., Шувалов С.М.

РОЛЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕМЕДИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Резюме. В работе предложена схема премедикации для проведения оперативных вмешательств по поводу гнойно-воспалительных процессов в проводниковому обезболивании. К схеме премедикации включен декскетпрофен трометамол. Показана высокая эффективность комбинированной методики: проводной обезболивания на фоне предложенной премедикации. Но ее значение в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: гнойно-воспалительный процесс, проводниковое обезболивание, премедикация, послеоперационный период.

Malakhovska A.A., Shuvalov S.M.

THE ROLE OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN THE PREMEDICATED OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PROCESSES

Summary. In the scheme of premedication for surgical interventions for chronic inflammatory processes in the regional anesthesia. By the scheme included premedication dexalgin. The high efficiency of the combined methods: wire on the background of the proposed anesthesia pmedication. But its importance in the postoperative period.

Key words: purulent inflammation, regional anesthesia, premedication, postoperative period.

Стаття надійшла до редакції 26.02.2013р.

Малаховська Анна Олександрівна - канд. мед. наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; dr_anna83@mail.ru;
Шувалов Сергій Михайлович - д.мед.н., професор, зав. кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.

© Нагайчук В.В.

УДК: 616-001.17-089

Нагайчук В.В.

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

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕРМАЛЬНИМИ ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Резюме. Стаття присвячена питанню ранньої хірургічної некректомії в щелепно-лицевій ділянці при дермальних поверхневих опіках та наступного лікування післяопераційних ран в умовах вологого середовища під силіконовим покриттям з використанням біогальванізації. Основу клінічних досліджень становлять спостереження за 125 хворими з дермальними поверхневими опіками щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: опіки, раннє хірургічне лікування, силіконове покриття, ксенодермотрансплантат, вологе середовище, біогальванізація.

Вступ

Термічні ураження являють собою актуальну медичну, соціальну та економічну проблему. Опіки щелепно-лицевої ділянки зустрічаються досить часто і складають від 5% до 33% серед інших локалізацій, а їх лікування в плані естетичних результатів, залишається актуальною складною проблемою сучасної хірургії. Це пов'язано з частим ураженням відкритої частини людського тіла, її величезним значенням в естетичному і функціональному плані, складністю і тривалістю лікування потерпілих з даною патологією і частими негативними результатами як консервативного, так і хірургічного лікування [Гуруков, 2005].

Після самостійного відторгнення некрозу, в рані утворюються та ростуть грануляції з фіброзним ша-

ром в основі, товщина якого залежить від терміну існування рани. Чим раніше відновлений шкірний покрив, тим тонший шар грануляцій, а відповідно і менше умов для утворення грубих деформуючих рубців [Зубанова, Шепель, 2011].

Відомий метод лікування опіків, який полягає в самостійному відторгненні некротичних тканин, не тільки не профілактує розвиток рубців, а навпаки, за рахунок формування грануляцій в рані сприяє їх розвитку. В результаті рубцювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки виникає вкорочення повік та їх виворіт, утворення стягуючих рубців в області рота і підборіддя, деформація вушних раковин, ротової щілини [Робустова, 2003; Трусов і др., 2004; Короткова і др., 2004;