

($p < 0,001$).

Потребують подальшого вивчення віддалені наслідки пологів для матері при вагінальному оперативному роз-

родженні з використанням ВЕ, зокрема, особливості стану м'язів тазового дна у жінок після пологів з використанням запропонованої та традиційної методики ВЕ плода.

Список літератури

- Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы / В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова, В.А.Петрухин [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2012. - №1. - С. 4-8.
- Ali U.A. Vacuum-assisted vaginal delivery / U.A.Ali, E.R.Norwitz // Rev. Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol.2, №1. - P. 5-17.
- Instrumental delivery: clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians / C.Vayssiere, G.Beucher, O.Dupuis [et al.] // Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. - 2011. - Vol.159, №1. - P. 43-48.
- Frequency and indication for vacuum extractor delivery / A.Nikolov, C.Nashar, E.Pavlova [et al.] // Akush. Ginekol. (Sofia). - 2009. - Vol.48, №1. - P. 3-10.
- Kiwi vacuum extractor versus forceps and spatula: maternal and fetal morbidity evaluation in 169 fetal extractions / G.Werkoff, O.Morel, P.Desfeux [et al.] // Gynecol. Obstet Fertil. - 2010. - Vol.38, №11. - P. 653-659.
- Mola G.D. A randomised controlled trial of two instruments for vacuum-assisted delivery (Vacca Re-Usable OmniCup and the Bird anterior and posterior cups) to compare failure rates, safety and use effectiveness / G.D.Mola, J.M.Kuk // Aust. N Z J Obstet. Gynaecol. - 2010. - Vol.50, №3. - P. 246-252.
- Occiput posterior fetal head position increases the risk of anal sphincter injury in vacuum-assisted deliveries / J.M.Wu, K.S.Williams, A.F.Hundley [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol.193, №2. - P. 525-528.
- Predictors of failed operative vaginal delivery: a single-center experience / A.Ben-Haroush, N.Melamed, B.Kaplan [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol.197, №3. - P. 308.
- Vacuum extractors: description, mechanics, indications and contra-indications / D.Riethmuller, R.Ramanah, R.Maillet [et al.] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. - 2008. - Suppl. 8. - S. 210-221.

Кукуруза І.Л., Могилевкіна І.А.

ИСХОДЫ ВАГИНАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДВУХ МЕТОДОВ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ

Резюме. В статье представлен анализ ближайших исходов операции вакуум-экстракции (ВЭ) плода у 93 беременных. Результаты исследования показали, что применение усовершенствованной методики ВЭ для оперативного вагинального родоразрешения ассоциировалось с повышением частоты удачного использования ВЭ за счет правильного наложения чашечки (СШ: 4,08; 95% ДИ: [1,18-14,19]), снижением частоты разрывов промежности (СШ: 0,19; 95% ДИ: [0,05-0,70]), количества эпизиотомий (СШ: 0,098; 95% ДИ: [0,012-0,794]), ручной ревизии полости матки и/или ручного отделения плаценты (СШ: 0,067; 95% ДИ: [0,024-0,188]) и кровопотери ($p < 0,001$) по сравнению с традиционной методикой ВЭ.

Ключевые слова: роды, вакуум-экстракция плода, осложнения у матери.

Kukuruzza I.L., Mogilevkina I.A.

MATERNAL OUTCOMES AFTER VAGINAL OPERATIVE DELIVERY: A COMPARATIVE STUDY OF TWO VACUUM EXTRACTION TECHNIQUES

Summary. The article provides an analysis of the nearest maternal effects of vacuum-assisted deliveries of the 93 pregnant women. The results revealed that using of an improved vacuum-extraction (VE) technique for operative vaginal delivery was associated with increased rate of successful VE application because of correct position of the cup (OR: 4,08; 95% CI: [1,18-14,19]), reduction in frequency of perineal lacerations (OR: 0,19; 95% CI: [0,05-0,70]), number of episiotomies (OR: 0,098; 95% CI: [0,012-0,794]), manual revision of the uterus and/or manual separation of the placenta (OR: 0,067; 95% CI: [0,024-0,188]) and blood loss ($p < 0.001$) compared with the traditional VE technique.

Key words: delivery, vacuum-extraction of the fetus, maternal complications.

Стаття надійшла до редакції 23.04.2013р.

Кукуруза Інна Леонідівна - головний спеціаліст акушер-гінеколог департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької обласної державної адміністрації; (067) 7858939; inna_kukuruzza@mail.ru;
Могилевкіна Ірина Олександрівна - доктор мед. наук, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО До-нецького національного медичного університету імені М. Горького; (050) 4739059; imogilevkina@gmail.com.

© Кутинська І.П.

УДК: 616.12-008.331.1+616.72-002-616.12-008.33

Кутинська І.П.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії (вул. Галицька 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗІВ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Резюме. У даній роботі подані результати обстеження 135 жінок з АГ II ст. та супутнім остеоартрозом. У залежності від інтенсивності болювого синдрому та тривалості патологічних змін всі хворі були розподілені на 4 групи, контролем служили пацієнтки з артеріальною гіпертензією II стадії без супутньої суглобової патології. У процесі дослідження виявили, що у пацієнтів з остеоартрозом корекцію АТ слід проводити препаратами, які не впливають на сольовий обмін (інгібіторами АПФ,

антагоністом кальцію), причому цільових рівнів АТ у цих пацієнток було досягнуто лише шляхом збільшення доз гіпотензивних середників базової терапії та додатковим призначенням амлодипіну. З метою усунення суглобового синдрому варто застосовувати комбінацію НПЗС з хондроксидом, а в окремих випадках й з кальцеїном. З метою раннього виявлення порушень кісткового метаболізму слід проводити комп'ютерну денситометрію з визначенням МЩКТ, визначати рівень іонізованого кальцію в сироватці крові та вміст гідроксипроліну в сечі.

Ключові слова: остеоартроз, артеріальна гіпертензія, інтерлейкіни, гідроксипролін.

Вступ

За даними сучасних клінічних досліджень частота поєднаної патології артеріальної гіпертензії (АГ) та остеоартрозу (ОА) є найвищою і складає 50-80%, а фактори ризику розвитку серцево-судинних подій частіше зустрічаються у пацієнтів з ОА. На сьогодні у лікуванні артеріальної гіпертензії і остеоартрозу, виникає ряд труднощів [Казимирко, 2004]. Варіабельність денного систолічного артеріального тиску (САТ) у хворих на АГ та ОА змінюється в залежності від вираженості суглобового синдрому, тобто важкість перебігу гіпертонічної хвороби прямо пропорційна вираженості суглобової патології [Постнов, 2008]. Наявність остеоартрозу вимагає використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), які в свою чергу викликають підвищення артеріального тиску, обтяжуючи перебіг артеріальної гіпертензії [Яременко, 2009]. Поєднання обох патологій ускладнює перебіг і можливості корекції кожної з них, тому комбіновану терапію коморбідних станів розглядають на сьогодні як найважливішу стратегію покращення якості життя пацієнтів [Sihan Aksay, 2009; Масик, 2008].

Тому метою роботи стала оптимізація антигіпертензивної терапії, вивчення особливостей порушень хрящового метаболізму та виявлення можливих шляхів їх фармакотерапії у хворих на АГ, поєднану з ОА.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебували 135 хворих на АГ II стадії, з них 115, крім АГ, мали прояви ОА різного ступеня вираженості (I і II рентгенологічні стадії) і склали основну групу та 20 хворих на АГ без ОА, аналогічного віку і конституції - контрольна група. У залежності від вираженості суглобової симптоматики пацієнтки були розподілені на 4 однорідні групи. Хворі I групи мали остеодефіцит I ст. з незначним або відсутнім больовим суглобовим синдромом (до 4-х балів за системою ВАШ); обмеженням рухомості уражених суглобів до 25% та набряковим синдромом і пальпаторною болючістю до 10%. До II групи ввійшли хворі з відповідно легким і помірно вираженим больовим суглобовим синдромом (від 4-х до 6-ти балів за системою ВАШ), обмеженням рухомості уражених суглобів від 25% до 50% та набряковим синдромом і пальпаторною болючістю від 10% до 20%. У хворих III групи наявні виражений больовий суглобовий синдром від 6-ти до 8-ми балів за системою ВАШ, обмеження рухомості уражених суглобів від 50% до 75% та набряковий синдром і пальпаторна болючість більше 30%. Дана група була поділена на дві однорідні підгрупи в залежності від лікування. У пацієнтів IV групи больовий суглобовий син-

дром становив більше 8-ми балів, спостерігалось обмеження рухомості більше 75%.

Для реалізації поставлених завдань було здійснено комплекс систематичних заходів, які включали: анкетування хворих; клінічний огляд; добове моніторування АТ (апарат АВДМ-04 "Meditech", Угорщина). З метою обстеження кісткової системи та оцінки метаболічних процесів у хрящовій тканині проводили детальне опитування щодо наявних факторів ураження, визначали рівень гідроксипроліну в сечі.

Всі пацієнтки основної групи як базову терапію отримували еналаприл-Н ("Здоров'я", Україна), в якій входить 10 мг еналаприлу малеату і 25 мг гіпотіазиду, в середньодобовій дозі 1,3±0,25 таблетки (залежно від показників АТ) двічі на добу, усередину; аторвакор ("Фармак", Україна) 10 мг на добу; кардіомагніл ("Nuscomed", Данія) в дозі 75 мг на ніч та диклофенак ("Хімфармзавод", Україна) в дозі 50 мг 2 рази в день всередину протягом 5-7 днів. Крім того, хворі II і IV груп додатково проходили 10-ти денні 1р/місяць курси фонорезу хондроксиду у вигляді 5% мазі (мазь наносили тонким шаром 1-2 мм на поверхню уражених суглобів). Для корекції АТ хворі III і IV груп додатково отримували амлодипін ("Здоров'я", Україна).

Результати. Обговорення

Уже на кінець першого тижня фармакотерапії у хворих усіх груп на тлі базової гіпотензивної терапії, а у пацієнток III і IV груп ще й на фоні амлодипіну, покращилось самопочуття, середньодобовий САТ достовірно знизився на 15-19%, ДАТ - на 14-18%, протягом місяця ці ефекти закріпилися, а рівні середньодобового АТ всіх груп спостереження були достовірно нормалізовані ціною зміни різного дозування медикаментів [Кутинська, 2009]. Через 6 місяців у жінок I групи середньодобовий САТ знизився на 14%, середньодобовий ДАТ на 8,6%, а у хворих II групи на 18,8% та 5,5% (p<0,05) відповідно. Решта показників ДМАТ практично не відрізнялися в межах цих груп та були близькі за числовим значенням до контрольної. Порівнюючи дані ДМАТ до лікування пацієнток із значним і вираженим суглобовим больовим синдромом (III і IV групи) із хворими I групи, кісткові зміни котрих були мінімальними, слід зауважити достовірно вищі показники нічного (на 34 мм рт. ст.) та денного (на 24 мм рт. ст.) САТ при порівнянні показників II і IV груп (p<0,05). Цільових рівнів АТ у цих групах було досягнуто лише шляхом збільшення доз гіпотензивних середників базової терапії та додатковим призначенням амлодипіну. При

Таблиця 1. Вплив фармакотерапії на виділення гідроксипроліну з сечею в пацієнтів з артеріальною гіпертензією, поєднаною з остеоартрозом.

Клінічна група	Період обстеження	Гідроксипролін (мг/добу)
II А група n=25	до лікування	335+15,1*
	після лікування	373+11,2^
II Б група n=25	до лікування	398+13,2*
	після лікування	312+8,3^
III А група n=20	до лікування	464+12,2*
	після лікування	521+11,2^
III Б група n=20	до лікування	472+11,3*
	після лікування	534+14,2^
III В група n=25	до лікування	508+12,1*
	після лікування	462+11,2^
Контрольна група (n=20)	до лікування	239+9,5
	після лікування	252+12,3

Примітки: * - достовірність результатів дослідження між показниками обстежуваних груп та контрольною становить $p < 0,01-0,001$; ^ - достовірність результатів дослідження між показниками обстежуваних груп до та після лікування становить $p < 0,05-0,01$.

Таблиця 2. Вплив комбінованої фармакотерапії у хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім остеоартрозом за показниками негативно-позитивних шансів за критеріями оцінки якості життя.

II Б група (дослідна) n = 25	Показники	Показники відношення шансів			
		OR	CI 95%	χ^2	p
	утруднення звичайної повсякденної діяльності	0,15	0,03-0,81	8,05	0,04
	обмеження рухливості	0,20	0,05-0,87	5,43	0,05
	можливість самообслуговування	0,21	0,05-0,78	4,50	0,03
II А група (контрольна) n=25					

Таблиця 3. Вплив комбінованої фармакотерапії у хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім остеоартрозом за показниками негативно-позитивних шансів за критеріями оцінки якості життя.

III Б група (дослідна) n = 25	Показники	Показники відношення шансів			
		OR	CI 95%	χ^2	p
	утруднення звичайної повсякденної діяльності	0,21	0,06-0,74	4,51	0,03
	обмеження рухливості	0,17	0,04-0,63	6,75	0,02
	можливість самообслуговування	0,20	0,05-0,76	5,43	0,03
III А група (контрольна) n=25					

цьому все ж існувала тенденція недостатнього нічного зниження як САТ, так і ДАТ при відносно задовільних середньодобових показниках. Відмічено також підвищення варіабельності денного САТ до лікування на

35,5% та нічного на 14,5% ($p < 0,05$), що є предиктором ризику розвитку раптової серцевої події [Коломієць, 1998]. Протизапальна дія диклофенаку на тлі фармакотерапії амлодипіном повністю зберігалась. Додаткове застосування фонофорезу з хондроксидом не знижувало ефективності застосованої медикаментозної терапії і не погіршувало ритму АТ.

Що ж до впливу медикаментозного лікування на стан кістково-м'язової системи, то слід відзначити, що суб'єктивне покращення хворі відчули через 5 днів від початку лікування. За сумою всіх індексів вираженість остеоартрозу після курсу лікування диклофенаком у пацієток III групи зменшилась в середньому з $7,6 \pm 0,5$ балів до $5,2 \pm 0,6$ балів (на 31,6%, $p < 0,05$). У хворих II групи при додаванні до диклофенаку хондроксиду зменшилась болочість з $5,8 \pm 0,51$ до $2,4 \pm 0,12$ бала (на 58,6%, $p < 0,05$), на відміну від пацієнтів I групи ($p < 0,001$), больовий синдром у котрих зменшився лише на 17,6% (від $3,4 \pm 0,32$ до $2,8 \pm 0,12$ бала, $p < 0,05$). У пацієток IV групи болочість суглобів зменшилась з $8,2 \pm 0,24$ до $3,1 \pm 0,14$ бала (на 62,2%, $p < 0,05$), крім того покращилась рухова повсякденна активність, на відміну від пацієток III групи, суглобовий синдром яких був усунутий за допомогою монотерапії диклофенаком. Окрім того, на фоні застосування хондроксиду у пацієнтів II і IV груп зменшився ступінь ексудації та больового синдрому, збільшилась амплітуда рухів у суглобах.

Метаболічні зміни в хрящі були оцінені шляхом урахування динаміки рівнів гідроксипроліну в сечі на фоні застосування медикаментозної терапії пацієток різних груп через 6 місяців (рис. 1). Як видно з представлених результатів обстеження у пацієток I та III групи, котрі не отримували хондропротекторної терапії, відмічено зростання рівня гідроксипроліну, причому даний приріст був прямо пропорційний ступеню вираженості суглобового синдрому (у пацієток I групи він зріс на 11%, у III групі - на 12,3; $p < 0,05$). У пацієток II і IV групи наявне достовірне зниження вмісту гідроксипроліну в сечі на 21,6% та 9,1% відповідно ($p < 0,05$). У жінок, котрі ввійшли в контрольну групу (які страждають на АГ без ОА) в динаміці наявна тенденція до підвищення в добовій сечі вмісту гідроксипроліну, що підтверджує зв'язок між підвищенням АТ та порушеннями кістково-суглобового метаболізму.

Вивчення якості життя пацієток проведено за допомогою Анкети стану здоров'я EQ - 5D (українська версія). З метою оцінки достовірності отриманих даних у різних групах, а також для пошуку можливостей зменшення несприятливих наслідків з допомогою фармзасобів проведено статистичний аналіз співвідношення шансів за трьома критеріями (обмеження рухливості, оцінкою звичайної повсякденної діяльності та можливістю самообслуговування) (табл. 2 і 3). Із даних таблиць видно, що після лікування OR у підгрупах, які отримували комбіноване лікування диклофенаком та хондроксидом, не перевищувало 1, що вказує на позитивний шанс подальшого перебігу захворювання. При цьому

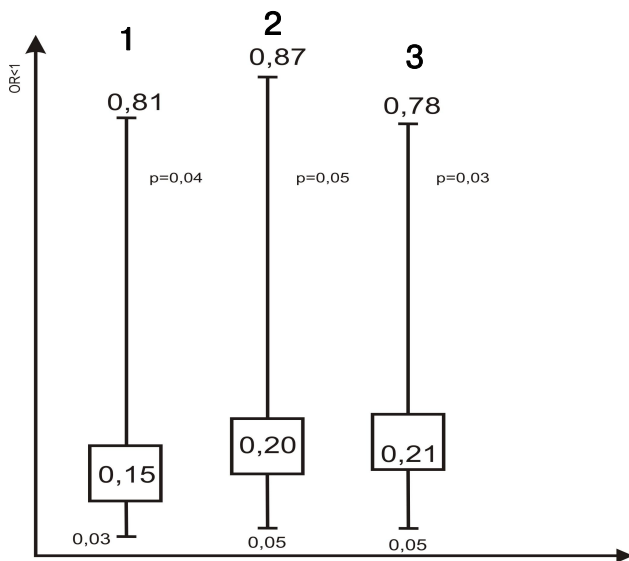


Рис. 1. Вплив комбінованої фармакотерапії у хворих II Б та II А групи за показниками негативно-позитивних шансів за критеріями оцінки якості життя.

Примітки: 1 - за критерієм утруднення звичайної повсякденної діяльності; 2 - за критерієм обмеження рухливості; 3 - за критерієм можливості самообслуговування.

СІ (довірчі інтервали) жодного разу не перетнули одиниці, а критерії вірогідності позитивної динаміки були в межах $p < 0,05-0,02$ (рис. 1; рис. 2). Це свідчить про ефективність комплексного використання НСПЗ та хондропротекторної терапії, зокрема диклофенаку й хондроксиду, в диференційованій терапії остеоартрозів у хворих на артеріальну гіпертензію.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Пацієток з важко коригованими високими рівнями АТ слід віднести до осіб з підвищеним ризиком розвитку суглобової патології внаслідок посиленого вимивання кальцію із кісткової тканини.

2. З метою профілактики остеопорозу таким хворим слід проводити додаткове обстеження і рекомендувати денситометрію та визначення рівня іонізовано-

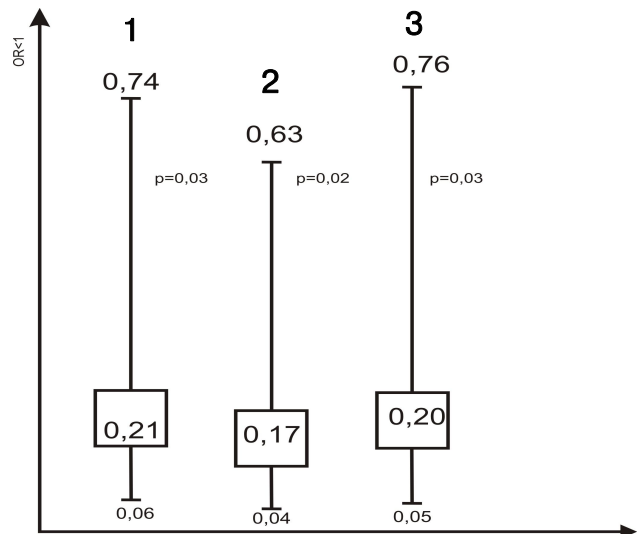


Рис. 2. Вплив комбінованої фармакотерапії у хворих III Б та III А групи за показниками негативно-позитивних шансів за критеріями оцінки якості життя.

го кальцію в сироватці крові.

3. До диференційованої терапії таких хворих для корекції АТ слід віднести препарати, що не впливають на сольовий обмін, зокрема інгібітори АПФ та антагоністи кальцію.

З метою лікування супутньої суглобової патології слід звернути увагу на місцеву терапію, зокрема фонофорез хондроксиду, та попереджувати остеодфіцит препаратами кальцію. У періоди загострення запального процесу, які можуть виникати в силу зовнішніх обставин у даній категорії пацієток можна рекомендувати коротким курсом диклофенак.

Отримані результати спонукають до подальшого вивчення патогенезу, особливостей перебігу артеріальної гіпертензії, поєднаної з остеоартрозами з метою уточнення диференційованого лікування та підбір алгоритмів ведення даної патології.

Список літератури

- Казимирко В.К. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение / Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Мальцев В.И. - К.: Моріон, 2004. - 160 с.
- Коломієць В.В. Ессенціальна гіпертензія і гомеостаз кальцію /В.В.Коломієць, О.В.Боброва. - К., Четверта хвиля, 1998. - 194 с.
- Кутинська І.П. Патогенетичне обґрунтування диференційованого лікування артеріальної гіпертензії у жінок з остеоартрозами /І.П. Кутинська // Український кардіологічний журнал. - 2009. - №2. - С. 36-37.
- Масик О.М. Остеоартроз та мінеральна щільність кісткової тканини /О.М. Масик, О.П.Борткевич //Український ревматологічний журнал. - 2008. - №4. - С. 21-25.
- Постнов Ю.В. Нарушение преобразования энергии в митохондриях клеток с уменьшением синтеза АТФ как причина стационарного повышения уровня системного артериального давления /Ю.В.Постнов, С.Н.Орлов, Е.Ю.Будников //Кардиология. - 2008. - №8. - С. 49-59.
- Яременко О.Б. Современные аспекты диагностики и лечения остеоартроза. /О.Б.Яременко //Здоров'я України. - 2009. - №22. - С. 20-21.
- Gihan Aksay. Лечение ревматоидного артрита и остеоартроза: прошлое, настоящее и будущее /С.Аksay //Здоров'я України. - 2009. - № 21. - С. 57.

Кутинская И.П.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Резюме. В данной работе представлены результаты обследования 135 женщин с АГ II ст. и сопутствующим остеоартрозом. В зависимости от интенсивности болевого синдрома и продолжительности патологических изменений все больные

были разделены на 4 группы, контролем служили пациентки с АГ II стадии без сопутствующей суставной патологии. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов с остеоартрозом коррекцию АД следует проводить препаратами, которые не влияют на солевой обмен (ингибиторами АПФ, антагонистом кальция), причем целевой уровень АД у этих пациенток был достигнут лишь путем увеличения доз гипотензивных средств базовой терапии и дополнительным назначением амлодипина. Для устранения суставного синдрома целесообразно применять комбинацию НПВС с хондроидом, а в отдельных случаях и с кальцемином. С целью раннего выявления нарушений костного метаболизма следует проводить компьютерную денситометрию с определением МПКТ, определять уровень ионизированного кальция в сыворотке крови и содержание гидроксипролина в моче.

Ключевые слова: остеоартроз, артериальная гипертензия, интерлейкины, гидроксипролин.

Kutynska I. P.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENT WITH HYPERTENSION

Summary. In this work we presented the results of a 135 women with hypertension of II stage and accomponing OA (osteoarthritis) examining. Depending on the intensity of pain and the duration of lesions all the patients were devided into 4 groups, the control ones were the patients with stage II hypertension without accomponing articular pathology. The study found that the patients with OA the correction of BP should be done with the drugs that do not influence the salt metabolism (with ACE-inhibitors, with calcium antagonists) and the target level of blood pressure of these patients was achieved only by increasing the doses of antihypertensive means of basic therapy and by additional prescription of amlodipine. In order to eliminate joint syndrome the nonsteroid anti-inflammatory means and hodroksyd combination should be used, and that will both reduce the pain and improve metabolic processes in cartilage, makes a positive influence on modifying the course of OA. For the purpose of early detection of cartilage metabolism disorders the amount of hydroxyproline in wine should be found out.

Key words: osteoarthritis, hypertension, hydroxyproline.

Стаття надійшла до редакції 09.04.2013 р.

Кутинська Ірина Петрівна - к.мед.н., доцент кафедри клінічної фармакології та фармакотерапії ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; iryna_if@rambler.ru.

© Кулигіна В.М., Мунтян О.В.

УДК: 616.34-002:616-089.5

Кулигіна В.М., Мунтян О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СТАН НЕСПЕЦИФІЧНИХ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ХВОРИХ З КАРІЄСОМ ЗУБІВ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕННЯМИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ МІСЦЕВОГО ІН'ЕКЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. Вивчені показники неспецифічних адаптаційних реакцій у 109 хворих на глибокий карієс, 18 - гострий травматичний пульпіт та гіперемію пульпи, з показанням до біологічного методу лікування і 25 - гострими та хронічними формами пульпіту з показами до екстирпаційного методу лікування, що потребували анестезіологічного забезпечення стоматологічних втручань. У хворих з показами до консервативного лікування виявлені переважно гармонічні фізіологічні реакції тренування і активації. Встановленні виражені порушення адаптаційних механізмів неспецифічного захисту організму з розвитком неповноцінних дисгармонічних реакцій і хронічного стресу у 36 % хворих, яким здійснювали екстирпаційний метод лікування пульпітів свідчили про необхідність їх корекції в процесі лікування.

Ключові слова: карієс зубів, пульпіт, неспецифічні адаптаційні реакції організму.

Вступ

Відомо, що переважна більшість стоматологічних захворювань супроводжуються яскраво вираженою больовою симптоматикою, яка підсилюється індивідуально-психологічними рисами пацієнтів і страхом перед відвідуванням лікаря - стоматолога. Наявність підвищеної тривожності, страху перед стоматологічним лікуванням може привести до порушення загального стану організму [Бизязев і др., 2002] тому, на сучасному етапі надання стоматологічної допомоги створення відповідного комфорту при лікуванні можливо лише при адекватному знеболенні маніпуляцій.

У теперішній час дослідженнями вчених [Кулигіна, 2003] обґрунтовано уявлення про те, що однією з при-

чин розвитку і хронічного перебігу стоматологічних захворювань є порушення неспецифічних захисно-прістосувальних реакцій стійкості організму до несприятливих факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. В цьому зв'язку визначення характеру адаптаційних реакцій у хворих із карієсом зубів і пульпітом, що потребують анестезіологічного забезпечення втручання та можливість їх корекції має діагностичну та лікувально-профілактичну значущість.

Метою дослідження є вивчення стану неспецифічних адаптаційних реакцій у хворих з карієсом і пульпітом, що потребують місцевого ін'екційного знеболення лікувальних заходів.