

соком качестве анестетика, малых дозах вазоконстриктора, малой травматичности, незначительных болевых ощущений при введении иглы в периодонт, а также в отсутствии у больных так называемого ощущения раздутости, онемения больших участков мягких тканей, наступающих при проводниковой анестезии.

Отсутствие таких ошибок и осложнений, как ошибочное введение растворов других веществ, кровотечение после ранения крупных сосудов, отсутствие повреждения нервных стволов, меньшая вероятность развития аллергических реакций являются преимуществами метода.

Мы рекомендуем более широкое внедрение в практику ортопедической стоматологии метода интралигаментарной анестезии, так как овладеть им может каждый врач и этот метод обладает рядом преимуществ перед проводниковой анестезией.

Профилактика психогенных реакций в клинике ортопедической стоматологии

С. Е. Жолудев, Н. А. Новикова, М. Ю. Ганаев, Д. Е. Журавлев
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Вопросы психологической подготовки больного к приему у врача-ортопеда являются чрезвычайно актуальными в связи с увеличением доли пограничных психических состояний. Среди лиц, отказывающихся от лечения у стоматологов, 89,3 % основной причиной указывают страх, 72,8 % — ожидание боли [6, 7].

Цель работы — выявление индивидуально-типологических особенностей больных и типа реагирования на болезнь и лечение с помощью опроса и наблюдения, сравнение полученных данных с результатами анкетирования (интервьюирования).

Методика и результат исследования. В качестве дополнительного метода при обследовании пациентов мы использовали методику Филимоненко и шкалу Уэксмана — Рикса.

Методика Филимоненко заключается в том, что за несколько минут до приема больному предлагают тестовую таблицу следующего содержания.

Перед Вами слова противоположного значения, имеющие отношение к Вашему самочувствию в настоящий момент. Между ними имеется ряд цифр:

[0] — соответствует среднему между указанными состояниями;

[3] — соответствует высшей степени того состояния, около которого эта цифра располагается;

[2] — средняя степень данного состояния;

[1] — низкая степень данного состояния.

Отметьте ту цифру, которая наиболее точно характеризует Ваше состояние в настоящий момент.

1. отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	усталый
2. желание действовать	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	желание отдохнуть
3. свежий	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	изнуренный
4. довольный	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	недовольный
5. спокойный	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	озабоченный
6. настроение хорошее	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	настроение плохое
7. бодрый	3 2 1 0 1 2 3 [7 6 5 4 3 2 1]	вялый
8. расслаблен- ный	3 2 1 0 1 2 3 [1 2 3 4 5 6 7]	напряженный

К категории «Самочувствие» относятся (1, 3, 7, 8) — отражают силу, здоровье, утомление; оценка эмоционального состояния (1, 4, 5, 6) — к категории «Настроение». Характеристика активности (2). В прямых скобках — оценочные баллы.

Оценка состояния (самочувствия, активности, настроения) определяется как среднее арифметическое от суммы баллов по всем парам отношений, относящихся к одной категории.

Интерпретация результатов

Состояние	Баллы
плохое	1—2,9
тенденция к плохому	3,0—3,9
среднее	4,0—4,9
тенденция к хорошему	5,0—5,9
хорошее	6,0—7,0

Для оценки тревожности мы применяли шкалу Уэсмана — Рикса, которую больной заполнял также до приема у врача.

Внимательно прочитайте предложения, отметьте порядковый номер тех из них, которые наиболее точно характеризуют Ваше состояние в настоящий момент.

1. Совершенно обезумел от страха, потерял рассудок, напуган неразрешимыми трудностями.

2. Огромная тревожность, озабочен, измучен страхом.

3. Значительная неуверенность, весьма травмирован неопределенностью, страшно.

4. Переживаю некоторую озабоченность, страх, беспокойство или неопределенность, нервозен, волнуясь, раздражен.

5. Несколько озабочен, чувствую себя скованно, немного встревожен.

6. Чувствую себя более или менее непринужденно.

7. В целом уверен и лишен беспокойства.

8. Ощущение полного благополучия, уверен и чувствую себя очень непринужденно.

9. Исключительно хладнокровен, уверен на редкость и не волнуюсь.

10. Совершенное и полное спокойствие.

Порядковый номер в этой шкале одновременно является оценочным баллом.

Тревожность: высокая — 1—3; умеренная — 4—5; низкая — 6—7; отсутствие тревожности — 8—10 баллов.

После заполнения тестовых таблиц больного приглашали на прием. Пока медсестра усаживала больного в кресло, врач предварительно оценивал состояние больного по результатам тестирования, а затем переходил к клиническому наблюдению и опросу.

У больного определялись компоненты нервного напряжения: эмоциональные, вегетативные и двигательноповеденческие.

Эмоциональные проявления: чувство страха, тревоги, беспокойства, снижение или колебания настроения, растерянность, подавленность, анаксия, слезливость.

Вегетативные проявления: изменение частоты сердечных сокращений (тахикардия, экстрасистолия), учащение частоты дыхательных движений, гиперемия и бледность кожных покровов, снижение электровозбудимости.

димости кожи, гипергидроз лица и ладоней, расширение зрачков, тремор, гипер- и гипофункция желез (слезных, слюнных, потовых), спастические сокращения желудка, расширение зрачка, покашливание.

Двигательно-поведенческие проявления: изменение мимики, тембра и интонации речи, поперхивание, изменение скорости, силы и координации движений.

Варианты эмоционального напряжения:

а) скрытая реакция: при ней больные сами не жалуются на страх. В результате волевого усилия у них происходит маскирование эмоциональных проявлений. Этот тип характерен для лиц, не способных к анализу своего психического состояния, лиц стеснительных или толерантных к субъективному переживанию страха;

б) смешанная реакция: характерно отсутствие жалоб с наличием внешних проявлений вегетативных и поведенческих признаков психического напряжения;

в) очевидная реакция: когда сами пациенты жалуются на страх, пониженное настроение, беспокойство.

Затем врач сравнивал результаты тестирования и клинического наблюдения и данные, полученные о больном, регистрировал по следующей шкале: 1 — полное совпадение результатов, 2 — частичное несоответствие, 3 — полное несоответствие результатов.

По данной методике мы обследовали 97 больных, из них совпадение результатов отмечалось в 82 наблюдениях (84,5 %), частичное расхождение — в 14 (14,4 %), несовпадение результатов — в одном (1,1 %), возраст — от 30 до 72 лет.

Частичное расхождение тестовых данных и результатов клинического наблюдения мы относим к невозможности пациента адекватно оценить свои эмоции и способность к волевому контролю во время приема в связи с высокой тревожностью, хотя при клиническом наблюдении больные вели себя вполне спокойно и успешно справлялись с психо-эмоциональными нагрузками, т.е. тестовая самооценка оказалась несколько завышенной по сравнению с клиническими проявлениями.

Полное расхождение результатов имело место у одной больной, страдающей шубообразной шизофренией с ярко выраженной социальной и личностной дезадаптацией, ипохондрическим настроением, навязчивыми и суицидальными идеями. До обращения в нашу кли-

нику больную протезировали четыре раза. Настрой на ортопедическое лечение резко отрицательный.

Наименьший процент тревожности и эмоционально-психического напряжения наблюдался у лиц с гармоническим типом реагирования на болезнь, молодого возраста.

С увеличением возраста усиливалась тревожность и выраженность эмоционального напряжения. По всей видимости, это определяется большим опытом встреч с врачом-ортопедом в прошлом, а также ухудшением соматического здоровья и приобретением возрастных особенностей характера. Эти люди относятся к врачу с большим скептицизмом и более трудно вступают в контакт.

На основании полученных результатов мы проводили направленную психопрофилактическую подготовку и при необходимости фармакологическую коррекцию психо-эмоциональных расстройств.

По нашим наблюдениям, лицам с гармоническим типом отношения и скрытой реакцией, при которой больные не жалуются на страх, было достаточно провести психопрофилактическую беседу с объяснением цели лечения и характера манипуляций, демонстрацией диагностических моделей с результатами лечения. Проведение анестезии. С лицами со смешанной реакцией проводили психопрофилактические беседы с применением малых транквилизаторов в разовой терапевтической дозе (мебикар, триоксазин 0,31, а также фенитол 0,25). Эти препараты нормализуют эмоциональный фон и не обладают побочным действием. Их оказалось вполне достаточно для выполнения всех ортопедических манипуляций. Подготовку проводили за 1 ч 30 мин до приема. У больных пожилого возраста, больных с явлениями астенизации и гипохондрической направленностью мышления психопрофилактика сопровождалась более мощной корригирующей терапией с назначением сильных транквилизаторов (эленнум 0,01, седуксен 0,005—0,01; феназепам 0,0005—0,001). Однако из всех транквилизаторов мы отдаем предпочтение феназепаму, который по силе воздействия на больного можно сравнить с некоторыми нейролептиками. Премедикацию последней группы больных осуществляли в течение нескольких дней.

Больным с заболеваниями сердца или сосудов в те-

чение 2—3 дней назначают мепробамат по 0,2 г 3 раза в день, а за 1 ч до приема — 0,4 г этого препарата, либо прием 0,001 феназепама на ночь в течение 2—3 дней и в день вмешательства — 0,05 феназепама за 1 ч до приема. У больных с гипертонической болезнью назначали 0,1—0,25 мг резерпина 2 раза в день в течение не менее 3 дней до вмешательства и за 30 мин до приема 0,3 г триоксазина или 0,3 г мебикара.

У больных с выраженной астенизацией в течение недели дают 3 раза по одной столовой ложке настоя корня валерианы и травы пустырника (1:1); за 3 дня на ночь перед сном — 1 таблетка (5 мг) радедорма, за 30—45 мин. до препарирования зубов — 2 столовых ложки того же комбинированного настоя и таблетку (5 мг) радедорма.

При применении сильных транквилизаторов и нейролептиков могут иметь место побочные явления: сонливость, слабость, дрожание конечностей, снижение мышечного тонуса, атаксия. Для коррекции этих осложнений у лиц последней группы целесообразно применять сиднокарб (0,00125—0,0015), который корригирует эмоциональный фон и нормализует артериальное давление; пираретам (0,01—0,02), бимемил (0,05), аминалон (0,01).

Использование нейролептиков в амбулаторной практике на приеме у врача-ортопеда мы рекомендуем только при наличии в штате врача-анестезиолога в лечебном подразделении и условий для наблюдения за больными после приема в течение 2—3 ч, так как препараты этой группы имеют выраженный побочный эффект.

У лиц с астенизацией рекомендуется в течение недели до приема (если отсутствуют противопоказания) экстракт элеутерококка по 15 капель 3 раза в день, защищающего организм от стрессовых влияний и нормализующего эмоциональный фон. Для предупреждения и снижения болевых реакций можно вводить ненаркотические анальгетики: фенацетин 0,5; амидопирин 0,5 за 60—70 мин. до приема.

Положительными моментами в создании психоэмоционального настроения являются: нормальная психологическая обстановка в отделении; сокращение сроков ожидания больным приема; доброжелательность, внимательность, высокий уровень мануальных навыков врача, соблюдение принципов деонтологии, высокий культурный уровень обслуживания; соблюдение прин-

ципов последовательности лечения; возможность для пациента выбора врача.

Правильный выбор тактики психопрофилактической подготовки и дифференцированная премедикация с использованием транквилизирующих средств и ненаркотических анальгетиков корригируют эмоциональный, вегетативный и двигательный компоненты психоэмоционального напряжения.

Результаты, полученные при выполнении тестовых исследований, помогают врачу правильно сориентироваться в составлении плана дальнейшего лечения, провести дифференцированную премедикацию и рациональную анестезию в зависимости от типа реакции на вмешательство. Некоторые больные бывают удовлетворены психопрофилактической беседой, другим необходима длительная медикаментозная подготовка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю. Н. Основы хирургической стоматологии.— Киев, 1983.— 391 с.
2. Бизяев А. Ф., Левен И. И., Иванов С. Ю., Лепилин А. В. Стоматология.— 1987.— № 3.
3. Обезболивание в стоматологии: Труды I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова.— М., 1967.
4. Рыбаков А. И. Ошибки в стоматологической амбулаторной практике.— М., 1976.— 158 с.
5. Танрыкулиев П. Т., Атаев П. Психомедикаментозная подготовка пациента к препарированию твердых тканей зуба.— Ашхабад: 1981.
6. Трезубов В. Н. // Стоматология.— 1987.— № 4.
7. Трезубов В. Н., Незнамов Г. Г. Профилактика и терапия психогенных реакций в амбулаторной стоматологии.— М., 1989.

Опыт применения материала «Оксомат-3» в ортопедической стоматологии

С. Е. Жолудев, Н. Г. Росина, Н. И. Шкловская,
Т. Н. Соловьева, И. Д. Трифонов
Уральский медицинский институт,
Уральский политехнический университет,
Институт химии поверхности АН Украины
г. Екатеринбург, г. Киев

В последнее время в ортопедической стоматологии все большее применение находят фотоотверждаемые композиты, которые используются в качестве облицовоч-