

В.М. КУЛИГІНА, Б.Ю. КОМНАЦЬКИЙ

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ПОЄДНАНИМИ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Вінницьк. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова

За даними ВООЗ, стоматологічні захворювання до цього часу залишаються найпоширенішими у світі. Лікування більшості стоматологічних хвороб супроводжується у них відчуттям болю різної інтенсивності [5, 8]. Негативні емоції та больовий синдром особливо небезпечні при наявності супутніх загальносоматичних захворювань, зокрема цукрового діабету [7].

Цукровий діабет проявляється недостатністю функцій усіх систем життєзабезпечення та дистрофічними змінами усіх органів. Гострота проблеми цукрового діабету обумовлена неухильним зростанням захворюваності, особливостями психофізіологічного та адаптаційного стану пацієнтів, наявністю патогенетичної і клінічної різниці між двома типами діабету (I та II) [4, 10]. Тому підвищення якості надання амбулаторної стоматологічної допомоги хворим на ЦД шляхом використання ефективного і безпечного місцевого знеболення – одна з актуальних проблем стоматології.

Мета дослідження – оцінити ефективність проведення комбінованої місцевої анестезії у пацієнтів із стоматологічними захворюваннями, поєднаними з цукровим діабетом.

Матеріали і методи

Для досягнення мети і завдань дослідження з числа амбулаторних пацієнтів Вінницького обласного ендокринологічного диспансеру та Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Горбачевського були відібрані 72 хворих на цукровий діабет, що потребували місцевого анестезіологічного забезпечення стоматологічних втручань. Вік хворих коливався від 23 до 81 року. 10 пацієнтів (7 чоловіків із середнім віком 33,28 років і 3 жінок в середньому 40 років) страждали на цукровий діабет I типу, 62 (26 чоловіків і 36 жінок у відповідному середньому віці 57,23 і 58,63 роки) – на цукровий діабет II типу. Контрольну групу склали 45 хворих без поєднаної патології, у яких проводилось місцеве знеболення стоматологічних втручань. Пацієнти основної та контрольної груп були співставлені за віком, статтю та стоматологічною патологією.

Усі хворі за методом знеболення розподілені на 2 групи: основну (37 осіб, з яких у 5 був ЦД I типу, у 32 – ЦД II типу) і порівнювальну (35 осіб, з яких, відповідно, у 5 – ЦД I типу, у 30 – ЦД II типу). У пацієнтів основної групи здійснювалось анестезіологічне забезпечення стоматологічних процедур за розробленим нами комбінованим способом, в порівнювальній – за традиційним методом. Всього проведено 15 анестезій у 10 хворих на цукровий діабет I типу і 81 – у 62 з цукровим діабетом II типу. Пацієнтам основної, порівнювальної та контрольної груп місцеве ін'єкційне знеболення виконувалось за допомогою анестетика «Септанест» з концентрацією катехоламінів 1:100000, і таким 1:200000, та «Скандонест 3% простий» без вазоконстриктора. Усі препарати були виробництва фірми «Септодонт» (SEPTODONT), Франція.

Ефективність знеболювання оцінювалась у балах за допомогою «Шкали клінічної ефективності» по С.Т. Сохову (1997) [7]. Клінічно анестезія вважалася ефективною, коли стоматологічне втручання було повністю безболісним та оцінювалось в 1 бал; недостатньо ефективною – 2 бали, якщо пацієнти при проведенні стоматологічного

втручання відчували незначну болючість, що не вимагала додаткового знеболення, і неефективною - 3 бали у випадку вираженої болючості, при якій не вдавалося завершити стоматологічне лікування без додаткового знеболення.

З урахуванням залежності стану пацієнтів з ЦД від рівня глікемії, часу приймання їжі, медикаментозного лікування, психоемоційної напруги та розвитку нефізіологічних адаптаційних реакцій стоматологічне лікування здійснювалось згідно з певними вимогами: 1) лікування починалось вранці через 2 години після прийому цукрознижуючих препаратів та їжі; 2) забезпечувався мінімальний час очікування прийому; 3) при будь-якому стоматологічному втручанні контролювався рівень глюкози в крові і, якщо перед початком лікування виявлявся підвищений вміст глюкози або хворий скаржився на погане самопочуття, лікування переносилось на інший день; 4) перед початком лікування детально роз'яснювався сенс проведених лікувальних заходів; 5) тривалість лікування зводилась до мінімально можливої; 6) при виконанні тривалих травматичних маніпуляцій лікування здійснювалось в декілька етапів; 7) використовувались пломбуєчі матеріали, що дозволяють відразу після завершення лікування приймати їжу; 8) при наявності гострої патології надавалась невідкладна допомога. В решті випадків проводилась планова терапія. Крім того, дізнавались про історію хвороби пацієнта із зазначенням лікування, яке він проходить в даний час; при можливому ризику розвитку алергії призначалась пробна ін'єкція від 5 до 10% дози; виконувалась ін'єкція повільно, з аспірацією, щоб уникнути внутрішньосудинної ін'єкції; підтримувався словесний контакт з хворим.

Метод комбінованого місцевого знеболування стоматологічних втручань у хворих основної групи із супутнім ЦД полягав в наступному. Пацієнтам призначався актопротектор з адаптогенним механізмом дії «Мілдронат» (по 500 мг 2 рази на добу) протягом 7-10 днів, а також за 1 годину до проведення місцевої анестезії – «денний» транквілізатор «Гідазепам ІС» – 2 таблетки по 50 мг.

Для визначення найбільш оптимального, безпечного та ефективного місцевого знеболуючого препарату в комбінації з «Мілдронатом» і «Гідазепамом ІС» застосовувались та порівнювались три види анестетиків: без адреналіну («Скандонест 3% протий»), з адреналіном у концентрації 1:100000 («Септанест» 1:100000) і 1:200000 («Септанест» 1:200000).

Статистична обробка отриманих результатів виконувалась на персональному комп'ютері PC Pentium з використанням пакета статистичних програм «Statistica 6.0» і «Microsoft Excel 2002» за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики [6, 9].

Результати дослідження

Для підвищення якості надання допомоги стоматологічним пацієнтам з ЦД необхідно використання ефективного знеболування [7]. З цією метою нами проведено вивчення ефективності розробленого комбінованого методу анестезії у зазначеній категорії хворих за рекомендацією С.Т. Сохова (таблиця). Згідно з наведеними даними, знеболування у – 7 з 8 пацієнтів основної групи із супутнім ЦД I типу забезпечило повністю безболісне проведення стоматологічних втручань. В одному випадку хоча і була незначна болючість, але вона не перешкоджала здійсненню лікування. Тобто в 87,5% випадків ефективність місцевої анестезії оцінено в 1 бал, в 12,5% – в 2 бали. Це вказувало на високу ефективність запропонованого комбінованого методу місцевої анестезії у хворих даної групи при використанні анестетика з концентрацією адреналіну 1:200000.

На відміну від основної, у групі порівняння клінічна ефективність була набагато гіршою. При цьому лише в 57,13% випадків місцевої анестезії спостерігалось безболісне втручання, в 14,29% – незначна болючість, а в 28,57% – потребувалась додаткова анестезія.

Розподіл ефективності знеболування у пацієнтів з супутнім ЦД II типу був наступним. В основній групі при використанні анестетика без вазоконстриктора знеболування оцінено в 1 бал у 8 (57,14%) хворих, в 2 бали – у 5 (35,71%), в 3 бали – у 1 (7,14%).

Найкращі результати отримані при застосуванні комбінованої анестезії з місцевознеболюючим препаратом, який містив вазоконстриктор 1:200000 і 1:100000. При цьому клінічна ефективність в групі пацієнтів з супутнім ЦД II типу була майже однаковою. Так, повністю безболісне стоматологічне втручання (1 бал) проведено в 12 випадках (85,71%) при застосуванні анестетика з вазоконстриктором в концентрації 1:200000, а в 2 (14,29%) – з незначною болючістю, яка

не потребувала додаткового знеболення. При використанні анестетика з вазоконстриктором 1:100000 аналогічні результати отримано, відповідно, у 11 (84,62%) і 2 (15,38%) обстежуваних. Звертає на себе увагу відсутність 3-бальної оцінки клінічної ефективності знеболення при застосуванні комбінованої анестезії з місцево знеболюючими препаратами, які містять вазоконстриктор, що підкреслює високу ефективність запропонованого методу.

Оцінка ефективності знеболювання за допомогою «Шкали клінічної ефективності»
(у % від загальної кількості хворих в групі)

Тип введеного анестетика	Кількість балів	Група контролю (n=45)	Пацієнти з супутнім цукровим діабетом			
			I типу		II типу	
			основна група (n=8)	порівняльна група (n=7)	основна група (n=41)	порівняльна група (n=40)
кількість хворих						
«Скандонест 3% простий»	1	9 (60%)	-	-	8 (57,14%)	6 (42,86 %)
	2	4 (26,67%)	-	-	5 (35,71%)	4 (28,57 %)
	3	2 (13,33%)	-	-	1 (7,14%)	4 (28,57 %)
	Всього	15 (100%)			14 (100%)	14 (100%)
«Септанест» 1:200000	1	10 (66,67%)	7 (87,5%)	4 (57,13%)	12 (85,71%)	9 (69,24%)
	2	4 (26,67%)	1 (12,5%)	1 (14,29%)	2 (14,29%)	2 (15,38%)
	3	1 (6,66%)	-	2 (28,57%)	0	2 (15,38%)
	Всього	15 (100%)	8 (100%)	7 (100%)	14 (100%)	13 (100%)
«Септанест» 1:100000	1	12 (80%)	-	-	11 (84,62%)	10 (76,93%)
	2	2 (13,33%)	-	-	2 (15,38%)	3 (23,07%)
	3	1 (6,66%)	-	-	0	0
	Всього	15 (100%)			13 (100%)	13 (100%)

Примітка: n – кількість проведених знеболень у пацієнтів даної групи

В групі порівняння аналогічний високий результат був отриманий тільки при використанні анестетика з високою концентрацією вазоконстриктора – 1:100000. В інших спостереженнях отримані результати були гіршими. При цьому додаткового знеболення потребували 6 з 40 осіб порівнювальної групи, що складало 15%.

Одним з важливих показників ефективності знеболювання є тривалість анестезії – час, за який можливе безболісне виконання всіх необхідних маніпуляцій.

Враховуючи дані літератури і результати проведених нами експериментальних і клінічних спостережень про вплив емоційного стресу на фізіологічний стан хворих з ЦД, ми обмежили тривалість стоматологічних маніпуляцій (від 30 до 60 хв). При цьому основні стоматологічні втручання, що пов'язані з больовими відчуттями, проводились протягом 30 хв після настання анестезії.

Аналіз отриманих результатів свідчив про те, що у пацієнтів контрольної групи

найефективнішими виявились знеболюючі препарати з вмістом адреналіну, які вводились за допомогою інфільтрації або провідникової блокади. При цьому тривалість анестезії при виконанні провідникового знеболення була більшою, ніж при інфільтраційному, на 35,6% (у випадку вмісту адреналіну – 1:200000) і на 35% (адреналін – 1:100000). Найбільш коротким виявився час безболісного втручання при застосуванні анестетика без вазоконстриктора ($29,6 \pm 5,2$ хв – при інфільтраційному методі; $35,4 \pm 6,6$ хв – при провідниковому). Отримані результати обстеження стоматологічних пацієнтів співпадають з даними літератури [3].

При аналізі цього показника ефективності місцевого знеболення відмічалась різна тривалість анестезії у хворих основної та порівнювальної груп. Так, при застосуванні комбінованого методу у стоматологічних пацієнтів із сумісним ЦД I типу середня тривалість інфільтраційної анестезії майже дорівнювала провідниковій. При цьому тривалість безболісного проведення маніпуляцій під інфільтраційною анестезією з концентрацією адреналіна 1:200000 була лише на 12,8% меншою, ніж під провідниковою. Аналогічні результати використання даного методу та ідентичного анестетика отримано у пацієнтів із сумісним ЦД II типу. Звертає на себе увагу те, що середньостатистичне значення часу безболісного виконання стоматологічних маніпуляцій у хворих основної групи з ЦД як I, так і II типу було більшим, ніж в групі порівняння і, навіть, в контрольній групі. Це свідчило про високу ефективність запропонованого комбінованого методу, а також про меншу травматичність та безпечність інфільтраційного знеболення.

При застосуванні анестетика без вазоконстриктора тривалість інфільтраційної анестезії була вдвічі меншою, ніж при включенні адреналіну – 1:200000. Незважаючи на більш високі результати при використанні анестетика з концентрацією адреналіну 1:100000 ($58,5 \pm 6,6$ хв), у 2 хворих мали місце ускладнення (у одного – визначалась загальна слабкість, шум у вухах, головокружіння, блідість обличчя, у другого – пітливість, поблідіння обличчя, затерпання пальців, головний біль), які свідчили про

більшу небезпечність такого препарату. В той самий час ускладнень в групі пацієнтів, яким призначався анестетик з адреналіном 1:200000, не спостерігалось, що також підтверджувало високу ефективність методу та застосування цього виду знеболюючого препарату.

Дослідження ефективності анестезії на підставі співвідношення тривалості та порогу больової чутливості пульпи наочно представлені на рисунках 1-7.

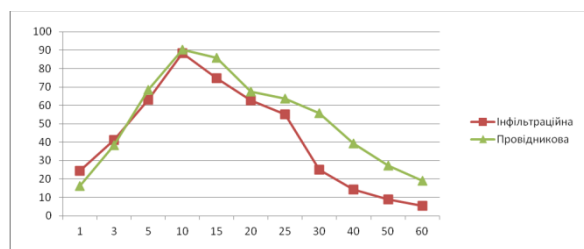


Рис. 1. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Скандонест 3% простий» (без вазоконстриктора) у пацієнтів групи контролю (n=15).

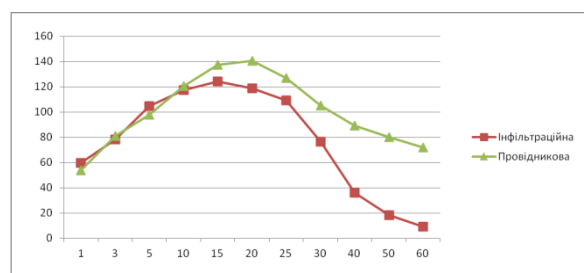


Рис. 2. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Септанест» з концентрацією вазоконстриктора 1:200000 у пацієнтів групи контролю (n=15).

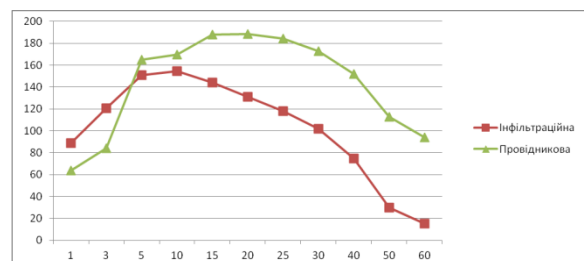


Рис. 3. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Септанест» з концентрацією вазоконстриктора 1:100000 у пацієнтів групи контролю (n=15).

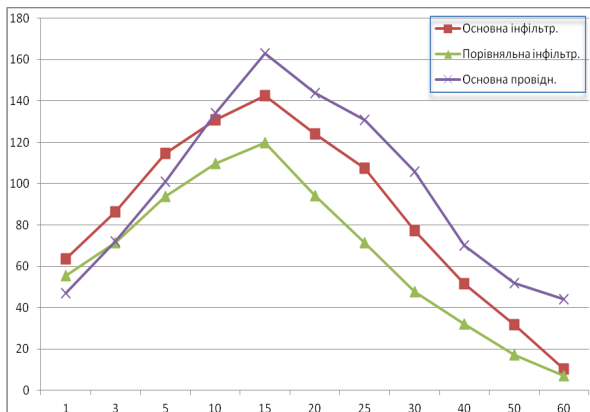


Рис. 4. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Септанест» з концентрацією вазоконстриктора 1:200000 у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом I типу основної та порівняльної груп (n=15).

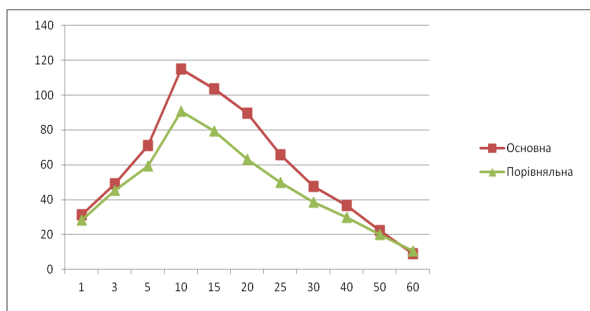


Рис. 5. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Скандонест 3% простий» (без вазоконстриктора) у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом II типу основної та порівняльної груп

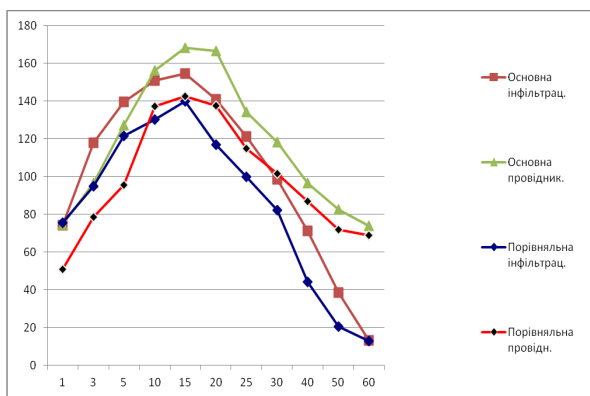


Рис. 6. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Септанест» з концентрацією вазоконстриктора 1:200000 у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом II типу основної та порівняльної груп.

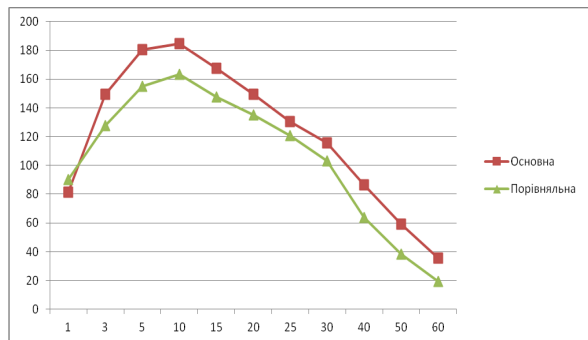


Рис. 7. Динаміка показників порогу больової чутливості пульпи зубів при знеболенні анестетиком «Септанест» з концентрацією вазоконстриктора 1:100000 у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом II типу основної та порівняльної груп

Згідно з наведеними даними, динаміка больового порогу пульпи зубів протягом 60 хв у хворих контрольної групи (рис. 1-3) залежала від виду введеного анестетика і типу анестезії. Винятком було використання анестетика без вазоконстриктора, при якому практично не відрізнялись криві «ефект-час» в умовах як інфільтраційної так і провідникової анестезії. Крім того, максимальне підвищення больового порогу мало місце на 10-й хвилині і становило в середньому $90,2 \pm 1,03$ мкА, чого недостатньо для пульпарної аналгезії. Набагато кращі результати простежувались при застосуванні анестетика з вмістом адреналіну 1:200000. При цьому, пульпарна аналгезія визначалась на 5-й хвилині, а максимальний поріг больової чутливості ($124,3 \pm 0,95$ мкА – при інфільтраційній і $140,6 \pm 1,3$ мкА – при провідниковій анестезії) спостерігався, відповідно, на 15-й і 20-й хвилині. Робочий час знеболення тривав від 20 хв (при інфільтраційній анестезії) до 25 хв (при провідниковій). Практично цього часу достатньо для виконання болючих втручань на пульпі. Потім відмічалось швидке зниження больового порогу, однак через 60 хв цей показник при проведенні провідникової анестезії залишається високим ($71,8 \pm 0,82$ мкА). При введенні препарату «Септанест» з вмістом адреналіну 1:100000 пульпарна аналгезія розвивалась протягом 2-4 хв, а максимальний поріг ($144,3 \pm 1,14$ мкА – при інфільтраційній,

188,2±0,79 – при провідниковій) зареєстрований на 15-й і 20-й хв, а його повільне зниження мало місце, відповідно на 30-й і 60-й хвилині.

Застосування анестетика «Септанест» з адреналіном 1:200000 у пацієнтів основної та порівнювальної групи з супутнім ЦД I типу (рис. 4) виявило практично однакову анестезуючу ефективність в обох обстежуваних групах як при проведенні інфільтраційного, так і провідникового знеболення. Разом з тим пульпарна аналгезія в основній групі хворих досягалась вже на 5-й хвилині анестезії, а її тривалість складала 20 хв при інфільтраційному методі знеболення і 25 хв – при провідниковому з максимальним порогом больового відчуття на 15-й хвилині та показниками, відповідно, 142,62±1,7 і 163 мкА. В той самий час в групі порівняння крива «ефект-час» показала зниження ефективності пульпарної аналгезії: час появи – 10-а хвилина, робоча аналгезія – 5-7 хвилин, максимальне підвищення больового порогу – 119,85 мкА на 15-й хвилині після ін'єкції.

Динаміка порогу больової чутливості пульпи зубів у хворих основної та порівнювальної груп із супутнім ЦД II типу при знеболенні анестетиком «Скандонест 3% простий» (без вазоконстриктора) наведена на рис. 5. Звертає на себе увагу ідентичність змін за результатами «ефект-час». Проте спостерігалось знеболення лише м'яких тканин, але без аналгезії пульпи з максимальним порогом больового відчуття 90,92±1,04 мкА на 10-й хвилині анестезії. В основній групі пацієнтів також виявлена невисока ефективність застосування цього анестезуючого засобу: час розвитку пульпарної аналгезії – 10-а хвилина, робочий час знеболення – 5 хв, максимальна глибина – 115,07±1,31 мкА.

Найуспішнішим виявився препарат «Септанест» з концентрацією вазоконстриктора 1:200000 як в основній, так і в порівнювальній групі хворих (рис. 6). Привертає до себе увагу той факт, що динаміка анестезуючої активності в групах спостереження була майже однаковою при введенні препаратів методом інфільтрації або блокади нервового стовбура. Однак при порівнянні між собою на користь комбінованого методу знеболення свідчать усі показники ефектив-

ності: час появи аналгезії пульпи (3-я – 4-а хв – в основній групі, 5-7-а хв – в порівнювальній); глибина анестезії (відповідно, від 154,64±1,33 до 168±7,0 мкА і від 139,69±1,15 до 142,5±1,5 мкА); робочий час знеболення (в середньому 25 і 20 хв).

Проведені дослідження засвідчили, що за усіма показниками препарату «Септанест» з вмістом катехоламіну адреналіну в концентрації 1:100000 (рис. 7) притаманний найвищий результат ефективності з визначеним переважанням в основній групі хворих. Проте, враховуючи розвиток ускладнень при застосуванні даного анестетика та застереження фахівців відносно нього [9], цей препарат неможливо розглядати як анестетик вибору при анестезіологічному забезпеченні стоматологічних лікувальних заходів у пацієнтів з поєднаним ЦД.

Слід відмітити важливу особливість: поріг больової чутливості пульпи у хворих із супутнім ЦД II типу істотно вищий, ніж з ЦД I типу, що збігається з даними О.С. Єфремова [10]. За думкою автора, це пояснюється фізіологічно обумовленою активацією протибольових захисних систем організму хворих на ЦД II типу під впливом емоційного стресу. На нашу думку, зниженню больової чутливості у даної групи пацієнтів сприяє також транквілізатор короткої дії «Гідазепам ІС» у складі комбінованої анестезії. Незважаючи на підвищене сприйняття болю, аналогічний позитивний вплив цього препарату на поріг больового відчуття пульпи спостерігався і у обстежуваних основної групи з ЦД I типу, що свідчило про зниження у них чутливості та збудженості нервової системи.

Висновки

1. Отримані результати досліджень дозволяють зробити висновок про адекватність запропонованого комбінованого методу знеболення стоматологічних лікувальних заходів у хворих з поєднаним ЦД. Комбінована анестезія є важливою складовою комплексної лікарської дії на організм людини, направленої не тільки на усунення больових відчуттів, а й на попередження ймовірних потенційних ускладнень загального характеру.

2. Проведені дослідження динаміки показників „ефект-час” у пацієнтів із супу-

тнім ЦД II типу засвідчили неоднозначні результати при введенні анестетиків з вазоконстриктором та без такого. Отримані низькі середньостатистичні значення порогу больової чутливості пульпи у пацієнтів як основної, так і порівнювальної групи більш виражені в групі, де застосовувався анестетик без адреналіну і не дають змоги безболісно проводити втручання на тканинах зуба та звужують показання до його використання.

3. Оптимальним та найефективнішим засобом місцевого знеболювання стоматологічного лікування хворих з супутнім ЦД є анестетик «Септанест» з концентрацією

адреналіну 1:200000 в комплексі з «денним» транквілізатором «Гідазепам ІС» і актопротектором з адаптогенною дією «Мілдронат».

4. Достовірно вищі показники глибини анестезії та робочого часу знеболення у пацієнтів основної групи підтверджують доцільність призначення цього «денного» транквілізатора як коректора психоемоційної напруги хворих і підвищення ефекту місцевого знеболення.

Перспективою подальших досліджень є спостереження за хворими у віддалені строки та визначення безпечності застосування запропонованого методу анестезії.

1. Радько І. М. Порівняльне вивчення знеболюючої дії місцевих анестетиків / І. М. Радько, А. І. Радько, Н. Б. Олевська, М. Х. Трофімчук // Медицина транспорту України. – 2005. – №3. – С. 79–83.
2. Павленко О. В. Оптимізація методики знеболення при препаруванні вітальних зубів під метало-керамічні конструкції в клініці ортопедичної стоматології / О.В. Павленко, Л.М. Мунтян, Т.О. Дацюк // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2012. – №18. – С. 223-225.
3. Рабинович С. А. Особенности болевого реагирования пациентов с сахарным диабетом на этапах амбулаторного стоматологического приема / С. А. Рабинович, О.Н. Московец, Е.В. Зорян, Н.А. Демина // Клини. стоматология. – 2007. – № 1. – С. 62-65.
4. Скиба А.В. Состояние процессов свободнорадикального окисления липидов в слизистой оболочке полости рта и больших слюнных железах в динамике развития аллоксанового диабета и их коррекция / А.В. Скиба, К.Н. Косенко, Т.П. Терешина, Л.Н. Россаханова // Вісник стоматології. – 2005. – № 1. – С. 23-26.
5. Николаева Н. В. Изучение адаптационных механизмов и коррекция их нарушений у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа / Н. В. Николаева, Н. В. Болотова, В. Ф. Киричук // Педиатрия. – 2009. – Т.88, № 6. – С. 21 – 26.
6. Приходський О. Медична статистика / О. Приходський, А. Голяченко, Л. Морарь, В. Мезенцев. – Тернопіль: ЛІЛЕЯ, 2000. – 140 с.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М., Медиа-Сфера, 2003. – 312 с.
8. Лисюк С.В. Вибір методів місцевої ін'єкційної анестезії при протезуванні незнімними суцільнолитими протезами на основі порівняльної клініко-лабораторної оцінки: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.22 / Лисюк Сергій Васильович; Національний медичний ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 2003. – 21 с.
9. Зорян Е.В. Вазоконстрикторы в составе местноанестезирующих препаратов: значение и проблемы / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2006. – №3. – С. 24-26.
10. Ефремов О. С. Особенности амбулаторного стоматологического приема больных, страдающих сахарным диабетом: Автореф дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 26 с.

Надійшла до редакції 07.04.14.

© В. М. Кулигіна, Б. Ю. Комнацький, 2014

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кулыгина В.Н., Комнацкий Б.Ю. (Винница)

Резюме

Проведено изучение эффективности разработанного комбинированного метода анестезии у 72 больных сахарным диабетом, которые нуждались в местном анестезиологическом обеспечении стоматологических вмешательств. Полученные результаты исследований позволяют сделать вывод об адекватности разработанного комбинированного метода обезболивания стоматологических лечебных мероприятий у этого контингента пациентов. Оптимальным и самым эффективным средством местного обезболивания стоматологического лечения больных с сопутствующим СД является анестетик «Септанест» с концентрацией адреналина 1:200000 в комплексе с «дневным» транквилизатором «Гидазепам IC» и актопротектором с адаптогенным действием «Милдронат».

Ключевые слова: стоматологические вмешательства, сахарный диабет, анестезия.

THE EFFICACY OF COMBINED LOCAL ANESTHESIA IN PATIENTS WITH STOMATOLOGICAL DISEASES AND DIABETES MELLITUS

Kylygina V.N., Komnatskyi B.Y. (Vinnitsa)

Summary

Actuality of theme: Treatment of most dental diseases accompanied by a feeling of pain with varying intensity. Negative emotions and pain are especially dangerous in the case of presence of concomitant somatic diseases, including diabetes mellitus. Improvement of quality for outpatient dental care in patients with diabetes through the using of effective and safe local anaesthetizing is one of the actual problem in the dentistry.

Objective: To evaluate the effectiveness of the combined method of local anesthesia in patients with dental diseases which are concomitant with diabetes mellitus.

Materials and Methods: 72 patients with diabetes mellitus who require the local injectional anesthesia of stomatological procedures were selected. 15 anesthetics were conducted in 10 patients with diabetes mellitus type I and 81 - in 62 patients with diabetes mellitus type II. All patients according to the method of anesthesia were divided into 2 groups: main and comparative. The patients of the main group were performed a combined local anesthesia, which consisted in the appointment of actoprotector "Mildronate" within 7-10 days and "daytime" tranquilizer "Hydazepam IC" for 1 hour before the local anesthesia. Evaluation of the effectiveness of local anesthesia were performed with the help of "Scale of clinical efficacy" (according to Sokhov S. T.). Also the effectiveness of anesthesia were investigated by the correlation of the duration and pain threshold of the pulp.

Results and their discussion: The conducted researches of the dynamics of 'time-effect' indexes in patients with concomitant type II diabetes mellitus revealed the ambiguous results in the case of injection of anesthetic with vasoconstrictor in the compared without it. The low average statistical value of the pulp pain threshold in patients with both main and comparative group were received, but they are more pronounced in the group which used the anesthetic without epinephrine. This does not allow the painless carrying of therapeutic measures on tissues of the tooth and narrow the the indications for it's usage.

The received results allowed to conclude about the adequacy of suggest combined method of local anesthesia for dental therapeutic measures in patients with concomitant diabetes mellitus.

The combined anesthesia is an important component of a comprehensive medical action on the human organism, besides it's aimed not only at the eliminating of the pain but also on preventing of possible potential complications of a general nature.

The "Septanest" anesthetic with the concentration of epinephrine 1:200,000 in conjunction with "daytime" tranquilizer "Hydazepam IC" and actoprotector with adaptational effect "Mildronate" are the optimal and the most effective means of local anaesthetizing for dental treatment in patients with concomitant diabetes mellitus.

Authentically higher levels of the depth of anesthesia and analgesia-time in patients of the main group confirmed the expediency of application of this "daytime" tranquilizer as a corrector of psychoemotional tension of patients and also are increased the effect of local anesthesia.

Keywords: dental procedures, diabetes, anesthesia.