

Наукові огляди

УДК 616.314-089.5-031.81

О.Б. Беліков, В.П. Гавалешко, Г.І. Никоряк

КРИТЕРІАЛЬНІСТЬ У ВИБОРІ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проведений аналітичний огляд літератури, в якому проаналізовано причини стресу на амбулаторному стоматологічному прийомі. Дана психологічна характеристика індивідуумів із переважними астеничними рисами й показана залежність ефективності застосування різних груп психотропних фармакологічних

препаратів залежно від індивідуально-типологічних рис особистості.

Ключові слова: амбулаторний стоматологічний прийом, стрес, психотропні фармакологічні препарати, індивідуально-типологічні риси особистості.

Незважаючи на значні досягнення практичної стоматології, поява новітнього обладнання, естетичних матеріалів та ефективних засобів знеболювання, відвідування лікаря-стоматолога як і раніше супроводжується розвитком психоемоційного напруження, яке може варіювати від легкого занепокоєння до клінічно вираженої фобії [32].

Аналітичний огляд літератури за останні 50 років показав, що ні поширеність, ні інтенсивність стресу, пов'язаного зі стоматологічним лікуванням, не зазнали за ці роки істотних змін [41]. Як процитовано в газеті «USA Today», один із респондентів проведеного в США національного опитування відповів: «Я боюся походу до дантиста більше, ніж смерті» [33].

Рішення проблеми емоційного стресу в стоматології продовжує привертати пильну увагу вітчизняних дослідників [10, 16]. З цією метою проводяться активні пошуки критеріїв оцінки психофізіологічних особливостей пацієнтів і оптимальних протоколів психомедикаментозної підготовки з урахуванням рівня тривожності, індивідуальних особливостей і супутніх захворювань.

Добре відомо, що реакція організму на стрес є комплексною, яка реалізується на всіх інтеграційних рівнях – від молекулярного до організмового. На думку [7], немає жодного з відомих загальних показників функціонування організму, який не зазнавав би змін при вираженому стресовому стані, питання лише в тому, наскільки вони виражені і як швидко настають.

Застосування «чистої» місцевої анестезії викликає підвищення тону симпатичної нервової системи і формування стресорної реакції в результаті зростання загального периферичного опору, що супроводжується пригніченням насосної функції серця та підвищенням енерговитрат міокарда [20]. Адекватність місцевої анестезії в таких умовах досягається приблизно в 22-25 % випадків [21]. Так, у роботі [22] лише 11,5 % пацієнтів із високою тривожністю оцінили ефективність місцевого знеболювання при ендодонтич-

них втручаннях як високу. Це позначається на якості стоматологічної допомоги, задоволеності нею пацієнтів, регулярності та своєчасності відвідування ними стоматолога [38, 40].

Особливість стоматогенного стресу полягає в тому, що людина змушена добровільно піддавати себе стресорному впливу [12, 30]. Перед стоматологічним прийомом пацієнт перебуває в ситуації дискомфорту, пов'язаного із конфліктом між необхідністю лікування і страхом перед неприємними відчуттями [23, 26]. Пацієнт може опинитися в порочному колі - прагнення уникнути відвідин стоматолога посилює відчуття необхідності в лікуванні і почуття сорому, що призводить до негативних соціальних наслідків, ще більше посилюючи відчуття тривоги і страху [35].

Розвитку стоматогенного стресу може сприяти ціла низка причин:

- колишній досвід больових відчуттів;
- переконання, що стоматологічне втручання неминуче пов'язане з болем;
- відчуття безпорадності і неможливості зупинити неприємну і хворобливу процедуру;
- нерозуміння того, що робить лікар, і загальний страх невідомості;
- колишній досвід грубої або некомпетентної поведінки стоматолога;
- боязнь опинитися в смішному або незручному положенні, зауважень лікаря з приводу стану порожнини рота і т.п.;
- лякають розповіді знайомих і засобів масової інформації про негативний досвід лікування зубів [12, 15, 33].

Тому, на 1-е місце серед причин занепокоєння всі дослідники одностайно виносять очікування болу [21], саме на цей фактор вказують 66 % респондентів, а за ним ідуть власний негативний досвід, безпорадність і розповіді оточуючих.

Однак при оцінці здатності різних видів стоматологічного втручання викликати страх фахівці висловлюють різні думки. Одні ставлять на 1-е місце лікування кореневих каналів, за яким неминуче видалення зубів [43]; за даними інших, най-

більший страх викликає видалення зубів, а за ним – видалення зубного каменя [10, 17].

Зазначені розбіжності можуть бути зумовлені різноманітністю груп пацієнтів, серед яких проводилося опитування, а проте очевидно, що всі ці процедури пов'язані з особливо сильними больовими відчуттями. Вітчизняними дослідниками показано, що при протезуванні зубними коронками найвище психоемоційне напруження спостерігається перед препаруванням зубів (при 2-му відвідуванні) [13].

Як фактори, що провокують розвиток психоемоційного стресу на стоматологічному прийомі, виступають найрізноманітніші подразники:

- призначення прийому в стоматолога;
- наближення до кабінету лікаря;
- стоматологічне крісло і закинута назад положення тіла;
- специфічний запах у кабінеті;
- вид медичного персоналу;
- відчуття голки та стоматологічних інструментів;
- вид і звук працюючої бормащини;
- необхідність тримати рот широко відкритим;
- задуха в положенні з відкритим ротом і притиснутим до піднебіння язиком [34, 37].

Таким чином, крім очікування майбутнього болу, пацієнт на стоматологічному прийомі піддається впливу комплексу негативних подразників, які в сукупності викликають у нього загострення сприйняття, що може призвести до трансформації тактильного подразнення в болуче, а слабкого больового – у сильне [6].

Також доведено, що в психічно стійких людей стоматогенний страх має ситуаційно зумовлений характер і майже не корелює з особистісною тривожністю. У пацієнтів із невротичними і неврозоподібними станами простежується чіткий взаємозв'язок стоматогенного страху з рівнем невротизації та особистісної тривожності [21].

Емоційне напруження, пов'язане з очікуванням стоматологічного втручання, а також больові відчуття, що виникають у процесі лікування, багато в чому визначаються індивідуально-типологічними особливостями людини [38]. Передбачення характеру емоційно-стресової відповіді актуально в багатьох ситуаціях. Попереднє типкування дозволяє проводити ефективну психофармакологічну корекцію, профілактику та ліквідацію наслідків стресових навантажень [24].

Ученими неодноразово робилися спроби типологічного підходу до вивчення особистості, починаючи з опису Гіппократом чотирьох видів темпераменту - сангвініків, флегматиків, холериків і меланхоліків. Однак у багатьох людей можна виявити мозаїчне переплетення рис різних темпераментів. На думку [1], найважливішою особливістю характеру поряд із темпераментом є рівень його стеничності, який може варіюватися в широкому діапазоні – від крайнього варіанта підвищеного життєвого «тону» (гіперстенія) до

його зниження (астенія). Астеніки - це постійно мляві, слабкі, які швидко стомлюються, особи, в яких надмірна збудженість супроводжується різкою виснаженістю [9].

Більшість фахівців вважають, що межі психічних розладів найбільш значущою є класифікація хворих на підставі таких «інтегральних» і протилежних якостей, як підвищене збудження і гальмування [1]. Саме ці типологічні особливості зумовлюють вибіркочуву непереносимість психотравмуючих ситуацій. Дослідження індивідуально-типологічних особливостей пацієнтів із невротичними розладами показали, що терапевтичний ефект бензодіазепанових транквілізаторів залежить від характеру стеничності пацієнта: на гіперстеничних пацієнтів феназепам мав транквілізаторно-седативну дію (за рахунок обмеження процесів неспецифічної активації і пригнічення гіперреактивності правої півкулі), а на гіпостеничних, навпаки, - транквілізаторно-стимулювальну [2].

Відомо, що особливості реагування на психоемоційний стрес зумовлені відмінностями в нейроендокринній регуляції. Так, у людей зі схильністю до реакції тривоги, страху, депресії і виникнення почуття беззахисності в умовах психологічного стресу спостерігається переважання секреції адреналіну над норадреналіном, а зворотнє співвідношення характерно для осіб рішучих, які в схожій ситуації схильні до агресії і люті, здатні до тривалого розумового і фізичного напруження.

Враховуючи роль вегетативної нервової системи в регуляції гомеостазу і розвитку стресової реакції, багато фахівців схильні вважати, що тип реакції на психоемоційний стрес і відмінності в нейроендокринних механізмах зумовлені природженими особливостями автономної регуляції, зокрема переважанням або симпатичного, або парасимпатичного тону [18]. При емоційному стресі особам із домінуванням симпатичної активації – «симпатотонікам» – властива стенична, агресивна поведінка, тоді як особи з переважанням парасимпатичних реакцій – «ваготоніки» – схильні до депресії [27]. Оцінка переважання одного з відділів вегетативної нервової системи разом з іншими маркерами психоемоційного стресу дозволить типувати і прогнозувати стресову реакцію [7].

Таким чином, згідно з наведеними даними, існують генетично детерміновані відмінності в реагуванні організму на психоемоційний стрес, які проявляються на різних функціональних рівнях. Один тип реакції на стресорний вплив можна охарактеризувати як астенічний, що має початково знижений адаптаційний резерв, другий – як стеничний, для якого характерна своєчасна і адекватна мобілізація ресурсів організму.

З точки зору премедикації, цей поділ важливий тим, що тип реакції на психоемоційний стрес корелює з ефектом бензодіазепінових транквілізаторів, що використовуються для фармакологічної підготовки пацієнтів до стоматологічного

втручання. Визначивши, до якого типу належить пацієнт, можна заздалегідь прогнозувати його реакцію на психотропний засіб та оптимізувати лікарський режим для досягнення максимальної ефективності премедикації.

Є дані про те, що лікарі-стоматологи не можуть оцінити психоемоційного напруження пацієнта і недостатньо застосовують методи його купірування. Так, всього 11 % лікарів використовують у своїй практиці медикаментозну підготовку пацієнтів із лабільною нервовою системою [19].

Спеціальні дослідження показують, що частота використання премедикації не відповідає потребам стоматологічних пацієнтів. Згідно з даними ірландських учених, 38% відвідувачів стоматологічної клініки швидкої допомоги не знали про можливість седатації при лікуванні зубів, хоча половина з них відчували сильне хвилювання [28], 46-70 % пацієнтів потребували застосування седативної підготовки.

На думку [39], наявні на сьогоднішній день лікарські засоби лише частково відповідають цим вимогам, «ідеального», на жаль, поки що не існує. Різні комбінації засобів дозволяють підсумувати або потенціювати лікарські властивості, підкорегувати загальний ефект премедикації під індивідуальні особливості пацієнта, при цьому мінімізувавши негативні дії препаратів (зменшення дози).

Корекція стресорних ушкоджень на відміну від лікування конкретної нозологічної форми представляє значні труднощі, які пов'язані з необхідністю одномоментного впливу на цілий ряд взаємопов'язаних патологічних ланок. У той час як неадекватна терапія може стати додатковим фактором стресу, що погіршує стан пацієнта. У зв'язку з цим завдання фармакотерапії стресу зводиться до того, щоб не тільки захистити організм від стресорного впливу, але і підвищити його адаптаційний резерв [31].

Головними засобами фармакологічної корекції психоемоційного стресу є бензодіазепіни, які опосередковано викликають активацію ГАМК-ергічної системи. Проте – це далеко не єдиний клас речовин, здатних підвищити резерви організму в боротьбі зі стресом. Наприклад, ноотропи розглядаються як циклічний аналог ГАМК, і їх застосування сприяє підвищенню її змісту [42]. Ноотропні препарати активують діяльність головного мозку, покращують здатність до навчання і розумовій роботі, підвищують стійкість центральної нервової системи (ЦНС) до ушкоджувальних впливів [8].

На молекулярному рівні ноотропи мають в основному антигіпоксичну та ерготропну дію, з якими пов'язаний їх ноотропний, актопротекторний (підвищення витривалості до фізичних навантажень) і дезінтоксикаційний ефекти. На нейрональному рівні реалізуються стимулювальна, нейростабілізуювальна дії, що може проявлятися психостимулювальним, транквілізаторним, протисудомним та іншими ефектами [4]. Поєднання антигіпоксичної та ерготропної дії з нейро-і пси-

хотропними властивостями значно розширює сферу застосування лікарських засобів даного класу. У практиці екстремальної медицини ноотропи полімодальної дії використовують для медикаментозної терапії функціональних розладів і захворювань, а також для фармакологічної корекції стомлення. Вкрай важлива їх здатність нормалізувати взаємодію кортикальних і субкортикальних відділів головного мозку, порушення якого лежить в основі патогенезу ряду неврологічних захворювань [11].

Саме ноотропи можуть відігравати важливу роль у відповідь організму на емоційний стрес. Якщо пригнічення транквілізаторами відповіді ЦНС на стрес-реакцію є класичним варіантом пасивного захисту (тобто стреспротекторна, антистресова дія), то ноотропи дозволяють сформувати «активний захист» від стресу, підвищуючи тим самим стійкість організму і його адаптаційні можливості [4].

Виходячи з уявлень про провідну роль ЦНС у регуляції адаптивної діяльності та враховуючи специфічні фармакологічні властивості ноотропних препаратів, можна припустити, що їх застосування здатне давати не просто стреспротекторний, а саме адаптогенний ефект [3].

Результати експериментів на тваринах і клінічні дослідження підтвердили це припущення. Показано, що на відміну від психостимуляторів ноотропні препарати сприяють збереженню, а не виснаженню резервних можливостей організму при стресових впливах і здатні регулювати адекватність реакції залежно від сили стресу [3].

Таким чином, основним напрямом оптимізації премедикації в умовах амбулаторного стоматологічного прийому є не тільки врахування рівня психоемоційного напруження, наявності супутньої соматичної патології, але й адаптації засобів премедикації до індивідуально зумовленої, генетично детермінованої реакції пацієнта на емоційний стрес із метою не тільки підвищення ефективності та безпеки втручання, а й зменшення ймовірності необґрунтованого або неефективного застосування лікарських засобів.

Література

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский // Руководство для врачей. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 576 с.
2. Александровский Ю.А. Клинико-физиологическая оценка эффективности ноотропного препарата фенотропил в психиатрической практике / Ю.А. Александровский, А.С. Аведисова, В.И. Ахапкина: материалы Рос. нац. конгресса [«Человек и лекарство»]. – М., 2004. – С. 59.
3. Ахапкина В.И. Экспериментальная и клиническая фармакология препарата фенотропил / В.И. Ахапкина: материалы Рос. нац. конгресса [«Человек и лекарство»]. – М., 2004. – С. 70-71.
4. Ахапкина В.И. Влияние ноотропных препаратов на повышение резистентности организма

- к воздействию экстремальных факторов / В.И. Ахапкина, Т.А. Воронина, Л.Г. Полевой: материалы Всесоюзной конференции по космической биологии и авиакосмической медицине: тез. докладов. – М., 1990. – С. 14.
5. Эффективность фенотропила при лечении астенического синдрома и синдрома хронической усталости: материалы 11-го Российского национального конгресса [«Человек и лекарство»] / В.И. Ахапкина, А.И. Федин, А.С. Аведисова [и др.]. – <http://medi.ru/doc/310109.htm>.
 6. Бажанов Н.Н. Обезболивание в поликлинической стоматологической практике / Н.Н. Бажанов, С.С. Ганина. – М., 1979. – 190 с.
 7. Бадыштов Б.А. Фенотипы реакции здоровых добровольцев на эмоциональный стресс и бензодиазепиновые транквилизаторы: автореф. дис. на соискание уч. степ. д-ра мед. наук / Б.А. Бадыштов. – М., 1998. – 36 с.
 8. Воронина Т.А. Ноотропные препараты, достижения и перспективы / Т.А. Воронина, С.Б. Середенин // Эксперим. клин. фармакол. – 1998. – № 4. – С. 3-9.
 9. Ганнушкин П.Б. Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.
 10. Гурешидзе А.О. Экспериментальное исследование антистрессорных и обезболивающих свойств мексидола в инъекционной лекарственной форме для целей премедикации на амбулаторном стоматологическом приеме: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук / А.О. Гурешидзе. – М., 2003. – 19 с.
 11. Дамулин И.В. Применение энцефабола в неврологической практике / И.В. Дамулин // Неврол. ж. – 2002. – № 7 (3). – С. 33-38.
 12. Демина Н.А. Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук / Н.А. Демина. – М., 1999. – С. 20.
 13. Состояние реактивной тревожности у пациентов при протезировании зубными коронками / В.А. Клемин, Ю.П. Бешевли, А.Н. Орда [и др.] // Стоматология. – 2002. – № 2. – С. 37-39.
 14. Колосова С.А. Результаты клинических исследований применения фенотропила при лечении астенических расстройств психогенного генеза: материалы 11-го Российского национального конгресса [«Человек и лекарство»] / С.А. Колосова, О.В. Воробьева, В.И. Ахапкина. – М., 2004. – <http://medi.ru/doc/310103.htm>.
 15. Котова М.А. Подбор премедикации пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией в условиях стоматологического приема: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук / М.А. Котова. – М., 2004. – С.23.
 16. Краснов В.Н. Фенотропил как адаптогенное и ноотропное средство: материалы 11-го Российского национального конгресса [«Человек и лекарство»] / В.Н. Краснов, В.П. Коханов, В.И. Ахапкина. – М., 2004. – <http://medi.ru/doc/310103.htm>.
 17. Критерии выбора средств для премедикации в амбулаторной стоматологической практике / С.А. Рабинович, А.В. Новиков, Е.Г. Лобанова [и др.] // Стоматология. – 2006. – № 5. – С. 24-28.
 18. Курашвили А.Е. Физиологические функции вестибулярной системы / А.Е. Курашвили, В.И. Бабияк. – Л.: Медицина, 1975. – 227 с.
 19. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс врачей-стоматологов и методы его коррекции: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра мед. наук / Л.И. Ларенцова. – М., 2003. – 40 с.
 20. Мишунин Ю.В. Способ потенцирования местной анестезии при удалении зуба и экстирпации пульпы / Ю.В. Мишунин // Стоматология. – 2002. – № 4. – С. 42-43.
 21. Назарова М.А. Прогнозирование необходимости премедикации у пациентов с различным типом сосудистых реакций в условиях стоматологической поликлиники: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук / М.А. Назарова. – Л., 1991. – 20 с.
 22. Результаты сравнительного изучения психофизиологических факторов, влияющих на осознание (оценку) боли при проведении терапевтических стоматологических вмешательств / Л.В. Петровская, Ю.М. Максимовский, Е.В. Зорян [и др.] // Стоматология. – 2003. – № 2. – С. 15-20.
 23. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания / С.А. Рабинович. – М., 2000. – 144 с.
 24. Прогноз индивидуальных реакций на эмоциональный стресс и бензодиазепиновые транквилизаторы / С.Б. Середенин, Б.А. Батыштов, Г.Г. Незнамов [и др.] // Эксперим. клин. фармакол. – 2001. – № 64 (1). – С. 3-12.
 25. Середенин С.Б. Влияние психотропных препаратов на поведение инбредных мышей в условиях эмоционального стресса / С.Б. Середенин, А.А. Ведерников // Бюл. эксперим. биол. и мед. – 1979. – № 7. – С. 14-16.
 26. Трезубов В.Н. Психоэмоциональное напряжение у больного на приеме врача-стоматолога / В.Н. Трезубов // Стоматология. – 1986. – № 65 (5). – С. 81-84.
 27. Туровская З.Г. О соотношении типологических особенностей высшей нервной деятельности с некоторыми характеристиками вегетативного реагирования / З.Г. Туровская // В кн.: Проблемы дифференцированной психофизиологии. – М.: Прогресс, 1974. – С. 228-242.
 28. Allen E.M. Attitudes to conscious sedation in patients attending an emergency dental clinic. / E.M. Allen, N.M. Girdler // Prim. Dent Care. – 2005. – Vol. 12 (1). – P. 27-32.
 29. Dundes L.C. Strategies for combating dental anxiety / L.C. Dundes // J. Dent Educ Bare. – 2004. – Vol. 68 (11). – P. 1172-1177.
 30. Berggren U. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences / U. Berggren, G.Meynert // J. Am. Dent. Ass. – 1984. – Vol. 109. – P. 247-251.

31. Brawman-Mintzer O. New trends in the treatment of anxiety disorders. / O. Brawman-Mintzer, K.A. Yonkers // *CNS Spect.* – 2004. – Vol. 9 (8): Suppl. 7. – P. 19-27.
32. Economou G.C. Dental anxiety and personality: Investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness / G.C. Economou // *J. Dent. Educ.* – 2003. – Vol. 67 (9). – P. 970-980.
33. Levin R.P. Helping your patients overcome dental phobia. / R.P. Levin // *Compend Contin Educ Dent.* – 2003. – Vol. 24 (8). – P. 10.
34. Effects of sounds generated by a dental turbine and a stream on regional cerebral blood flow and cardiovascular responses / R. Mishima, T. Kudo, Y. Tsunetsugu [et al.] // *Odontology.* – 2004. – Vol. 92 (1). – P. 54-60.
35. Moore R. The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study / R. Moore, I. Brodsgaard, N. Rosenberg // *BMC Psychiat.* – 2004. – Vol. 4. – P. 10.
36. Sackett P.R. Correction for range restriction: an expanded typology / P.R. Sackett, H. Yang // *J. Appl Psychol.* – 2000. – Vol. 85, № 1. – P. 112-118.
37. Gender differences in dental anxiety: is the chair position important? / S. Settineri, F. Tati [et al.] // *J. Contemp Dent Pract.* – 2005. – Vol. 6, № 1. – P. 115-122.
38. An evaluation of self-reported oral health and health-related quality of life / A. Shimada, Y. Sasaki, G. Fanara [et al.] // *J. Med Dent Sci.* – 2005. – Vol. 52 (1). – P. 65-72.
39. Simmons D. Sedation and patient safety / D. Simmons // *Crit. Care Nurs Clin. North Am.* – 2005. – Vol. 17 (3). – P. 279-285.
40. Factors related to satisfaction with dental care among 23-year olds in Norway / E. Skaret, E. Berg, M. Raadal [et al.] // *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* – 2005. – Vol. 33 (2). – P. 150-157.
41. Smith T.A. Fear of dental care: are we making any progress? / T.A. Smith, L.J. Heaton // *J. Am Dent Ass.* – 2003. – Vol. 134 (8). – P. 1101-1108.
42. Selective, orally active gamma-aminobutyric acid A₅ receptor inverse agonists as cognition enhancers / F. Sternfeld, R.W. Carling, R.A. Jelley [et al.] // *J. Med Chem.* – 2004. – Vol. 47 (9). – P. 2176-2179.
43. Udoye C.I. Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital / C.I. Udoye, A.O. Oginni, F.O. Oginni // *J. Contemp Dent Pract.* – 2005. – Vol. 6 (2). – P. 91-98.

КРИТЕРИАЛЬНОСТЬ В ВЫБОРЕ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

А.Б. Беликов, В.П. Гавалешко, Г.И. Никоряк

Резюме. Проведен аналитический обзор литературы, в котором проанализированы причины стресса на амбулаторном стоматологическом приеме. Представлена психологическая характеристика лиц с преобладающими астеническими чертами и показана зависимость эффективности применения различных групп психотропных фармакологических препаратов в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности.

Ключевые слова: амбулаторный стоматологический прием, стресс, психотропные фармакологические препараты, индивидуально-типологические черты личности.

CRITERIA IN SELECTING AGENTS FOR PREMEDICATION IN THE OUTPATIENT PRACTICE OF A DENTIST

A.B. Belikov, V.P. Havaleshko, H.I. Nykoriak

Abstract. An analytical bibliographical review analyzing the causes of stress during an inpatient stomatological reception has been carried out. A psychological characteristic of individuals with predominating asthenic personality traits is presented and a dependence of the efficacy of using different groups of psychotropic pharmacological agents, depending on the individual typological attributes of a personality is shown.

Key words: out-patient dental technique, stress, psychotropic pharmacological agents, personality, individual and typological features.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Р.І. Рудницький

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 2 (62). – P. 139-143

Надійшла до редакції 22.11.2011 року