

*Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А., Фетисова Н.П., Базарбаева Э.Н., Бакиев А.Б.*

**АМБУЛАТОРДУК ХИРУРГИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ПРАКТИКАДА  
ПСИХОЛОГИЯЛЫК СЕНСОРДУК АНЕСТЕЗИЯ ЫКМАЛАРЫН КОЛДОНУУ  
БОЮНЧА ИЗИЛДӨӨЛӨРДҮН МАТЕРИАЛДАРЫ**

*Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А., Фетисова Н.П., Базарбаева Э.Н., Бакиев А.Б.*

**МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ  
ПСИХОСЕНСОРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*N.P. Basarbaev, B.A. Bakiev, N.P. Fetisova, E.N. Basarbaeva, A.B. Bakiev*

**INVESTIGATION MATERIALS OF USING  
PSYCHOSENSORY ANESTHESIA IN AMBULATORY SURGICAL  
STOMATOLOGICAL PRACTICE**

УДК: 616.31:616-009.614

*1970 бейтапта хирургиялык стоматологиялык кийлигишүүлөрдү өткөрүүдө психологиялык-сенсордук ооруксуздандыруунун беш варианты иштелип чыгып, киргизилди: экстрасенсордук, гипноздук, каталептикалык, дем алуу жана айкалышкан. Натыйжалуулукту баалоо клиникалык-алеттик ыкмаларды жана электроцефалографияны колдонуу менен ишке ашырылат.*

***Негизги сөздөр:** психологиялык сенсордук ооруксуздандыруу, периодонтит, периостит, тишти сууруу боюнча операция.*

*Разработаны и внедрены пять вариантов психосенсорного метода обезболивания при проведении хирургических стоматологических вмешательств у 1970 пациентов: экстрасенсорный, гипнотический, каталептический, дыхательный и комбинированный. Оценка эффективности осуществляется с использованием клинко-инструментальных методов и электроэнцефалографии.*

***Ключевые слова:** психосенсорное обезболивание, периодонтит, периостит, операция удаления зуба.*

*5 methods of psychosensory method of anesthesia are developed and put into practice in carrying out surgical interventions in 1970 patients: extrasensory, hypnotic, cataleptic, pulmonary and combined. Efficiency assessment is made using clinico - experimental methods and electroencephalography.*

***Key words:** psychosensory anesthesia, periodontitis, periostitis, extraction of tooth.*

**Введение.** Анализ литературы показал, что не всегда удается качественно и эффективно провести обезболивание, особенно у пациентов с повышенным психоэмоциональным напряжением [1,2,4,6,7,9,16]. Применение премедикации и эффективных препаратов, как общие анестетики, нейролептики и наркотические анальгетики применительно к задачам амбулаторной стоматологической практики ограничены из-за массовости приема и отсутствия анестезиологической службы [8,10,13,20].

Поэтому поиск новых методов и средств местного обезболивания, адекватных стоматологическому вмешательству, более безопасных для пациентов,

продолжается [12,14,25,27,28,31,35]. Ряд авторов для снижения психоэмоционального напряжения, тревоги и страха у пациентов на всех этапах лечения используют психотерапевтические методы воздействия (суггестию, гипносуггестию), которые потенцируют действие анестезирующих, седативных средств [3,8,11,15, 17,18,22,23,24,26,32,33,34,36].

Таким образом, разработка и внедрение эффективных методов и средств анальгезии, оптимизация методики обезболивания с учетом непереносимости к дентальным анестетикам, соматическими заболеваниями и эмоционально-личностными особенностями требует дальнейшего изучения и является весьма актуальной задачей.

**Цель исследования** – анализ клинического материала по обоснованию применения методов психосенсорной анестезии при хирургических стоматологических вмешательствах.

Под нашим наблюдением в Медицинском Центре «Нуралы» с 2003 по 2013 гг. находились 1970 пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство – операция удаления зуба по поводу периодонтита, периостита, затрудненного прорезывания [5,19], а также интактные зубы по ортодонтическим, ортопедическим показаниям и операция перистотомия с использованием различных методов психосенсорного обезболивания.

Среди них: мужчин было 896 (45,5%), женщин – 574 (29,1%), дети составили – 500 (25,4%) случаев (табл. 2).

В научно-практической и хирургической стоматологии с целью объективной оценки общего и местного статуса, а также выбора адекватного лечения больных с вышеуказанными патологиями предложены ряд классификаций. Классификация А.Г. Шаргородского (1994), по нашему мнению, является исчерпывающей, где указаны основные формы, возможные осложнения местного и общего характера [21].

**Таблица 1. Классификация периодонтита и периостита челюсти.**

<b>Острый периодонтит:</b> серозный, гноеный	<b>Хронический периодонтит:</b> гранулирующий, гранулематозный, фиброзный, обострение хронического периодонтита
<b>Острый периостит:</b> серозный,	<b>Хронический периостит</b> гноеный

В определенной степени данная классификация страдает некоторой схематичностью и, естественно, не может охватить всего многообразия форм воспаления периодонтита и периоста, поскольку клинически и морфологически между ними нередко наблюдаются переходные формы.

В большинстве случаев - 1188 (60,3%) пациентов обратились с периодонтитом. Периодонтит является воспалительным процессом, в развитии которого большую роль играет микрофлора полости рта и реактивное состояние тканей пародонта по отношению к микроорганизмам, продуктам их жизнедеятельности, токсинам. В основном они диагностированы в активном трудоспособном возрасте 21-40 лет – 651 случай (табл. 3).

Острая фаза серозного воспаления клинически характеризовалась появлением чувствительности и боли при надкусывании. Этот симптом обусловлен развитием в периодонте экссудативных явлений и интоксикацией его нервно-рецепторного аппарата. В дальнейшем, с развитием гнойной инфильтрации и

формированием острого гнойного периодонтита у 132 (14,5%) пациентов преобладающее значение приобретали постоянные интенсивные боли. Отмечалась иррадиация болей и боль при прикосновении к зубу, который становился подвижным (симптом «выросшего зуба»). Распространение серозно-гноенного инфильтрата сопровождалось появлением отека мягких тканей и реакцией регионарных лимфатических узлов. Общее состояние больных при остром и обострившемся хроническом периодонтите заметно страдало, отмечалось недомогание, головная боль, температура тела повышалась до 38-39°C, наблюдался лейкоцитоз, повышенное СОЭ. Рентгенологически при остром периодонтите изменений в периодонте не отмечалось. Прогрессирование процесса сопровождалась нечеткостью компактной пластинки кости только в области верхушки зуба, разрежением и остеопорозом костной ткани.

Хронический фиброзный периодонтит диагностирован в 343 (32,5%) случаях (табл. 2, 3). Диагностика этой формы патологии довольно сложна не только потому, что больные, как правило, не предъявляют жалоб, но и потому, что сходную клинико-рентгенологическую картину может давать, например, хронический гангренозный пульпит. Объективно при хроническом фиброзном периодонтите отмечают изменение цвета зуба (коронка зуба может быть интактной), глубокая кариозная полость, безболезненное зондирование. Наличие или отсутствие кариозной полости во многих случаях указывает на причину периодонтита.

**Таблица 2. Абсолютное количество пациентов с хроническим периодонтитом.**

Возраст пациентов	Диагноз			всего	
	хронический периодонтит				обострение хронического периодонтита
	фиброзный	гранулирующий	гранулематозный		
15-20	22	8	11	35	<b>76</b>
21-30	122	12	36	134	<b>304</b>
31-40	117	26	48	156	<b>347</b>
41-50	56	24	42	113	<b>235</b>
51-60	18	7	12	29	<b>66</b>
> 61	8	3	6	11	<b>28</b>
<b>Итого</b>	<b>343</b>	<b>80</b>	<b>155</b>	<b>478</b>	<b>1056</b>

Интактная коронка чаще всего говорит о травматической этиологии периодонтита, запломбированная кариозная полость – о некачественном лечении осложненных форм кариеса, токсическом влиянии пломбирочного материала или медикамента, не пломбированная кариозная полость – об инфекционной природе периодонтита.

Таблица 3. Относительные величины распределения пациентов по возрастным категориям.

Возраст пациентов	Диагноз			Обострение хронического периодонтита	Всего
	Хронический периодонтит				
	фиброзный	гранулирующий	гранулематозный		
15-20	2,1	0,8	1,0	3,3	7,2
21-30	11,6	1,1	3,4	12,7	28,8
31-40	11,1	2,5	4,5	14,8	32,9
41-50	5,3	2,2	4,0	10,7	22,2
51-60	1,7	0,7	1,1	2,7	6,2
> 61	0,8	0,3	0,6	1,0	2,7
Итого	32,5	7,6	14,7	45,3	100

Хронический гранулематозный периодонтит выявлен у 155 (14,7%) пациентов (табл. 2, 3). Чаще он протекал бессимптомно, реже больные жаловались на неприятные ощущения, связанные с развитием пульпита. При локализации гранулемы в области щечных корней верхних моляров и премоляров больные нередко указывали на выбухание кости соответственно проекции верхушек корней. Объективно: коронка в цвете нередко изменена, отмечается наличие кариозной полости с распадом пульпы в каналах и, наконец, зуб может быть леченным, но с некачественно запломбированными каналами (чаще это щечные каналы верхних и медиальные нижних моляров). Перкуссия зуба чаще безболезненна, при пальпации на десне в вестибулярной поверхности может отмечаться болезненное выбухание соответственно проекции гранулемы. При рентгенологическом обследовании выявлялась картина четко очерченного разрежения костной ткани округлой формы. Иногда можно видеть деструкцию тканей зуба в области верхушки и гиперцементоз в боковых отделах корня.

Хронический гранулирующий периодонтит диагностирован в 80 (7,6%) случаях (табл. 2, 3). Эта стадия процесса отличалась довольно активным течением, хотя может и не давать выраженной симптоматики. Больные часто отмечали болезненность при надкусывании, периодическое образование свища. Объективно: выявлялись гиперемия и отечность слизистой оболочки десны у причинного зуба, нередко свищевой ход с гнойным отделяемым и выбуханием грануляционной ткани. Перкуссия зуба и пальпация десны в области проекции верхушки корня зуба болезненны. Рентгенологическая картина гранулирующего хронического периодонтита характеризовалась наличием очага разрежения кости с изъеденными контурами, деструкцией цемента и дентина в области верхушки зуба.

Таким образом, в диагностике хронического воспалительного процесса в периодонте определяющее значение имеют данные рентгенологического исследования. При этом рентгенологическая картина периапикальных изменений у каждого из корней многокорневого зуба была различной.

Обострившийся хронический периодонтит диагностирован у 478 (45,3%) пациентов (табл. 2,3). Кли-

нически он имел много общего с острым гнойным периодонтом – 132 (14,5%) пациента и в большинстве случаев довольно сложно диагностировать первичность заболевания, в связи с чем мы считаем, что нет необходимости повторять его объективные данные. В практике врача стоматолога обострение хронического периодонтита встречается гораздо чаще, чем первично возникающий острый периодонтит, и протекает оно тяжелее, чем острый периодонтит. Чаще других обострения давали гранулирующий и гранулематозный периодонтит, реже – фиброзный. Так, обострение протекала в виде деструктивных изменений в периодонте, т.е., по существу, при отсутствии периодонтальной мембраны в апикальной части зуба, болезненность при надкусывании сразу не бывает столь резкой, как при остром гнойном периодонтите. Кроме того, при гранулирующем периодонтите наличие свищевых ходов в определенной степени гарантирует от развития тяжелых воспалительных изменений в тканях, окружающих зуб. Остальные симптомы (постоянная боль, коллатеральный отек мягких тканей, реакция лимфоузлов) нарастала в такой же последовательности, как и при остром гнойном периодонтите. Объективно отмечалось наличие глубокой кариозной полости, отсутствие болезненности при зондировании, резкая боль при перкуссии как вертикальной, так и, в меньшей степени, горизонтальной. Зуб чаще изменен в цвете, подвижен. При осмотре определялся отек, гиперемия слизистой оболочки и нередко кожи, над областью причинного зуба сглаженность переходной складки, пальпация этой области болезненна. Реакция тканей зуба на температурные раздражители отсутствовала, при электрометрии реакция со стороны периодонта – свыше 10 мкА или вовсе отсутствует. Рентгенологическая картина сопровождалась уменьшением четкости границ разрежения костной ткани, появлением новых очагов разрежения и остеопороза соответственно воспалительному фокусу. Рентгенологическая картина гранулематозного периодонтита в стадии обострения характеризовалась потерей четкости границ разрежения костной ткани в апикальной части зуба, нечеткостью линии периодонта в боковых отделах периодонтита и просветлением костномозговых пространств по периферии

от гранулемы (табл. 2). Следовательно, нами выявлено некоторое превалирование пациентов с хроническими формами периодонтитов и с обострениями 1056 (53,6%) и при этом было удалено по показаниям 1408 зубов.

У 552 (60,3%) пациентов выявлен острый гнойный периостит – одностороннее воспаление надкостницы челюсти. Это заболевание являлось наиболее частым осложнением хронического периодонтита, нагноения радикулярных кист, а также при затрудненном прорезывании 38, 48 зубов. Чаше развивался на нижней челюсти – 56,8%, реже на верхней челюсти – 43,2%. В клинической картине пациенты жа-

ловались на интенсивные боли в области верхней или нижней челюсти с иррадиацией в ухо, висок, глаз; припухлость мягких тканей соответствующей части лица, нарушение общего самочувствия, повышение температуры тела до 38°C

Лимфатические узлы соответствующей стороны оказывались увеличенными, болезненными при пальпации. Периостит длился обычно 3-5 дней (табл. 4). Хирургическое вмешательство, кроме удаления причинного зуба, включало по показаниям операцию периостотомии – оперативное вскрытие гнойника и его последующее дренирование.

**Таблица 4. Абсолютные значения количества больных по нозологическим формам**

Возраст пациентов	Диагноз			Всего
	Острый гнойный периодонтит	Острый гнойный периостит	Болезни прорезывания (интактные зубы)	
15-20	12	76	36	<b>124</b>
21-30	32	171	88	<b>291</b>
31-40	44	154	72	<b>270</b>
41-50	28	110	31	<b>169</b>
51-60	12	37	3	<b>52</b>
> 61	4	4	-	<b>8</b>
<b>Итого</b>	<b>132</b>	<b>552</b>	<b>230</b>	<b>914</b>

Комментируя представленные данные, следует отметить, что первичный острый гнойный периодонтит у 104 (11,4%) и острый гнойный периостит - у 435 (47,6%) пациентов выявлены в подавляющем большинстве случаев в возрастные сроки 21-50 лет, т.е. лиц молодого и среднего возраста. В то же время у 552 (60,4%) пациентов острый гнойный периостит, являясь осложнением острых и хронических периапикальных воспалительных процессов одонтогенного генеза, занимает значительное место, и требуют более сложного адекватного лечения, включающего качественную безболезненную анестезию (табл. 3, 4, 5).

**Таблица 5. Относительные значения количества больных с острым процессом по нозологическим формам**

Возраст пациентов	Диагноз			Всего
	Острый гнойный периодонтит	Острый гнойный периостит	Болезни прорезывания (интактные зубы)	
15-20	1,3	8,3	3,9	<b>13,6</b>
21-30	3,5	18,7	9,6	<b>31,8</b>
31-40	4,8	16,8	7,9	<b>29,5</b>
41-50	3,1	12,0	3,4	<b>18,5</b>
51-60	1,3	4,0	0,3	<b>5,6</b>
> 61	0,5	0,5	-	<b>1,0</b>
<b>Итого</b>	<b>14,5</b>	<b>60,3</b>	<b>25,2</b>	<b>100,0</b>

У 83 (9,1%) пациентов диагностировано затрудненное прорезывание зубов с признаками воспаления: гноетечением из-под зубодесневого кармана - «капюшона», наличием болезненных инфильтратов слизистой оболочки по периметру зуба, болезненным и затрудненным глотанием, выраженной контрактурой жевательных мышц, определяемое огра-

ничением открывания рта различной степени. Пациенты жаловались на интенсивные боли в области верхней или нижней челюсти с иррадиацией в ухо, висок, глаз; припухлость мягких тканей соответствующей части лица, нарушение общего самочувствия, повышение температуры тела до 38°C. Локально: ограниченное и болезненное открывание рта до

2-3 см, воспалительный инфильтрат в ретромолярной области в основном на нижней челюсти, гиперемия и отек слизистой, наличие «капюшона» с серозно-гнояным отделяемым, частично прорезавшиеся передние бугры, перкуссия которых болезненна. Регионарные лимфатические узлы соответствующей стороны увеличены, болезненны при пальпации. Рентгенологическая картина указывает на наличие полуретеннированного и/или ретеннированного зуба, изменение его положения в челюсти и к соседнему зубу, наличие деструктивных изменений костной ткани. Данная клиничко-рентгенологическая картина в большинстве случаев характерна при затруднении прорезывания нижних зубов мудрости (табл. 4).

Показанием к удалению причинных зубов являлись: неполная ретенция с перикоронаритом с наличием выраженных рентгенологических изменений, полная ретенция с выраженными воспалительными явлениями, подтвержденными клиническими и рентгенологическими проявлениями.

У 147 (16,1%) пациентов операция удаления интактных зубов выполнялась по ортодонтическим и ортопедическим показаниям, которые включали: зубы мудрости верхней и нижней челюсти, клыки верхней челюсти, премоляры нижней челюсти и вторые моляры нижней челюсти у подростков. Хирургическому вмешательству подвергались интактные зубы (здоровые) при диагнозе: ретенция, полуретенция, дистопия, тортоокклюзия, скученность зубов фронтального отдела, верхняя и нижняя макрогнатия (чрезмерное развитие верхней и нижней челюсти), одиночный зуб на верхней челюсти для исключения балансирования съемного протеза (ортопедическое показание).

Таким образом, после достаточной психотерапевтической подготовки и снятия отрицательных эмоций со снижением уровня тревоги приступали к выбору способа психосенсорного обезболивания с учетом объема предстоящего оперативного вмешательства. В общей сложности были удалены 2322 зуба, в том числе у 578 пациентов с хроническим периодонтитом были удалены от одного до трех зубов и их корней. В случае несложных удалений использовался один из 5 разработанных нами методов психосенсорной анестезии (экстрасенсорный, дыхательный, гипнотический, каталептический). При лечении острого одонтогенного периостита челюсти необходимо выполнить вскрытие субпериостального абсцесса и удаление причинного зуба, т.е. выполняются два оперативных вмешательства одновременно, причем одно из них проводится в мягких тканях челюсти и надкостницы, а другое - в пределах костной ткани. Такое хирургическое вмешательство обеспечивалось сочетанием нескольких методов психосенсорной анестезии или комбинированным способом обезболивания. Как показали проведенные исследования, при указанном оперативном вмешательстве самым надежным в применении оказался комбинированный вариант психосенсорного метода обезболивания.

#### Литература:

1. Анисимова Е.Н., Зорян Е.В., Шугайлов И.А. Особенности действия карпулированных местных анестетиков и их сочетаний с вазоконстрикторами // *Стоматология*. - 1997. - Т. 76, №6. - С. 25-29.
2. Анисимова Е.Н. Клиническое обоснование выбора средств для местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / ММСИ. - М., 1998. - С. 32.
3. Бехтерев В. М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное значение. М., 1994. - С. 20-43.
4. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. - С. 144.
5. Боровский Е.В. Распространенность осложнений кариса и эффективность эндодонтического лечения / Е.В. Боровский, М.Ю. Протасов // *Клиническая стоматология*. 1998. - №3. - С. 4-7.
6. Бронштейн А.С., Ривкин В.Л. Изучение и лечение боли // *Международный Медицинский Журнал*. - 2001. №3.- С. 12-18.
7. Гуревич К.Г. Индивидуальные особенности реакций регуляторных систем организма на стресс и методы их коррекции: Дисс... д-ра мед.наук. - М., 2002. - С.94-110.
8. Гончаренко Ю.В. Гипноаналгоседация в амбулаторной стоматологии: дисс. канд. мед. наук. - М., 2006. - С.110.
9. Ермолаева Л.А. Психофизиологическая диагностика и коррекция клинических проявлений страха в стоматологии как основа нового подхода к профилактике осложнений в условиях медицинского страхования: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - СПб., 1995. - С. 34.
10. Зорян Е.В., Рабинович С.А. Основные направления профилактики и устранения боли в амбулаторной стоматологии. // *Ж. «Российская стоматология»*. - 2008.- №1. - том 1. - С. 22-28.
11. Кандыба В.М. Гипноз и болезни // в II томах, СПб.: Издательство «Лань», 2003. - С. 736.
12. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. - М. «Книга плюс», 2002. - С. 320.
13. Мишунин Ю.В. Адекватная аналгоседация альтернатива общему обезболиванию в амбулаторных условиях // *Анестезиология и реаниматология*, 2001. - №1, С.43-45.
14. Николаев А.И., Цепов Л.М. Современные методы обезболивания в стоматологии // *Клиническая стоматология*. - 2000. - №2. - С. 41-43.
15. Психотерапевтическая энциклопедия. Ред. Б.Д. Карварский, изд. 2-е дополненное и переработанное. С-Пб., Питер, 2002. - С. 502-505.
16. Пшеголинская К.А., Ревенок Б.А. и др. Методики психологической коррекции в клинике терапевтической стоматологии. // *Современная стоматология*. - 2003. - №1. - С. 130-132.
17. Райнов Н. А. Психоанестезия при лечении хронического гангренозного пульпита. - М., 1984. - С. 7.
18. Райнов Н.А. Комплексное лечение стоматологических больных в клинике стоматологии с применением психотерапии Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., ММСИ, 1985. - С. 22.
19. Робустова Т.Г. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Т. Г. Робустова ; под ред. В. М. Безрукова. - М.: Медицина, 2000. - Т. 1. - Гл. 7. - С. 161-185.

20. Сачков В.И., Абрамов Ю.Б. Современное состояние проблемы комбинированной электроанестезии // Анестезиол. и реаниматол. - 1989, №2. - С. 7-11.
21. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: Червона Рута; Турс, 2004. - С. 1061.
22. Clarke J.H. Teaching clinical hypnosis in U.S. and Canadian dental schools. //Am J. Clin. Hypn. 1996. - №39 (2). - С. 89-92.
23. Enqvist B, et al. Pre-and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: effects on blood loss and recovery //Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1995. - №43(3). - С. 284-294.
24. Fabian TK. Hypnotic desensitization as a supplemental method in dental care of patients with panic disorder.// Fogorv Sz. 1996. - №89 (2). С.57-62.
25. Haas D.A., Harper D.G., Saso M.A. Comparison of articaine and prilocaine anesthesia by infiltration in maxillary and mandibular arches // Anesth. Prog. - 1990. - Vol. 37, N5. - P. 230-7.
26. Kelemen P, et al. The use of hypnosis in stomatology //Fogorv Sz. 1997. - №90 (4). - С. 107-10.
27. Leitch J. What do anaesthetists think of sedation by GDPs? // Br. Dent. J. 2004. - Jan 24. - № 196 (2). - С. 88.
28. Lerch C, Park G.R. Sedation and analgesia. //Brit. Med. Bull. 1999. - Vol. 55, №1. - P. 76-95.
29. Malamed S.F. Лечение боли и страха: Пер. с англ. Эндодонтия / Под ред. Коэна С, Бернса Р.; Санкт-Петербург: Интерлайн, 2000. - С. 566-581.
30. Malamed S. F. Handbook of local anesthesia. 5th ed. - St. Louis: Mosby, 2004-400 P.
31. Malamed S. F. Sedation and safety: 36 years of perspective//Alpha Omegan. - 2006. V. 99. - № 2. - P. 70-74.
32. MacDonald R. Hypnotherapy: hype or healing? //BMJ. 2003. - №326. - S. 154.
33. Moore R., Brodsgaard I, Abrahamsen R. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. Eur J Oral Sci. 2002 Aug; 110 (4): 287-95.
34. Moss A.A. Hypnosis in dentistry //Br. J. Med Hypn.-1965. - №17(2). - С. 35-40.
35. Walton R.E., Abbott B. Periodontal Ligament injection a clinical evalution/ J.Amer. Dent. Ass. - Vol. -1981. - 103. - P. 571-575.
36. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения/Пер. с англ. М.А. Якушиной. - М.: Независимая фирма "Класс", 1999. - С. 352.

Рецензент: д.м.н., профессор Куттубаева К.Б.