

УДК 616.314–08–039.57] 089.5–031.81

Застосування загального наркозу в амбулаторній стоматологічній практиці

В. Д. Козачинський, О. П. Зубкова, Т. М. Позднякова, Л. В. Лентяєва

Відділкова лікарня на станції Дебальцеве Донецької залізниці

Ключові слова: загальний наркоз, знеболювання, стоматологічні втручання, порожнина рота.

Основним видом знеболювання в амбулаторній стоматологічній практиці поки що, без сумніву, є місцева анестезія. Її застосовують у разі багатьох стоматологічних втручань, однак вважати її ідеальною та абсолютно ефективною не можна. Місцева анестезія, зокрема провідникова, у деяких хворих в амбулаторних умовах не забезпечує потрібного знеболювання та проведення стоматологічних втручань у повному обсязі, особливо якщо ін'єкції анестетика проводити за наявності запального процесу або в ділянках, бідних на клітковину. Вона також не захищає хворих від психічної травми, що є особливо помітним у людей з емоційною лабільністю та нестійкою психікою. Крім того, із року в рік збільшується кількість хворих, які не переносять ін'єкції анестетиків через місцеві та загальні реакції. У разі застосування загальної анестезії не змінюється топографія тканин [1, 2, 4].

Історія розвитку анестезіологічної науки та практики — це безперервний пошук засобів та методик. У 1847 році наркоз ефіром під час екстракції зуба застосував Лонг. 16.10.1846 р. зубний лікар Томас Мортон продемонстрував наркоз ефіром під час видалення судинної пухлини підщелепної ділянки. У 1904 р. С. П. Федоров та І. Н. Кравцов почали застосовувати інтравенозний наркоз, чим започаткували сучасний неінгаляційний наркоз. Значний внесок у розвиток загального знеболювання в стоматологічній практиці внесли Н. Н. Бажанов, О. Ф. Конобовцев, М. І. Муковозов [3].

Методика знеболювання та спосіб його підтримання в амбулаторній стоматологічній практиці мають задовольняти передусім двом вимогам — забезпечувати безпеку хворого та найкращі умови роботи лікаря.

Показання щодо застосування загального наркозу в амбулаторній стоматологічній практиці:

Множинне видалення зубів та коренів.

Незакінчене видалення зубів.

Атипове видалення одного або кількох зубів.

Резекція верхівок коренів зубів.

Секвестромія у зв'язку з хронічним обмеженим одонтогенним чи травматичним остеомієлітом щелепи.

Видалення невеликих новоутворень верхньої щелепи, губ та порожнини рота.

Гінгивектомія у зв'язку з пародонтозом та фіброматозом ясен.

Гострі запальні процеси щелепно-лищевої ділянки.

Нервово-психічний стан хворого.

Алергія та ідіосинкразія до місцевих анестетиків.

Бажання хворого проводити стоматологічні втручання під загальним наркозом, якщо немає до цього протипоказань.

Протипоказання щодо застосування загального наркозу в амбулаторній стоматологічній практиці:

Хвороби, за яких протипоказано здійснювати втручання, окрім життєво необхідних (свіжий інфаркт міокарда, тромбоз судин та крововилив головного мозку, захворювання крові з порушенням її зсідання, проте якщо проведено медикаментозну підготовку з метою підвищення зсідання крові, операцію можна виконувати з подальшим лікуванням в умовах стаціонару).

Гострі запальні хвороби органів дихання.

Відкрита форма туберкульозу легенів.

Гостре алкогольне сп'яніння.

Гострі запальні процеси в ділянці глотки та дна порожнини рота, які супроводжуються тризмом.

Виразна анемія [1, 2, 5].

Можливі побічні явища та ускладнення внаслідок проведення загального наркозу, боротьба з ними в амбулаторній стоматологічній практиці та заходи профілактики

Проведення будь-якого знеболювання в амбулаторній стоматологічній практиці пов'язане з певним ризиком, ступінь якого залежить від правильності добору показань до знеболювання,

правильності підготовки хворого, фахового забезпечення наркозу. Але головне в цьому — індивідуальний підхід.

Побічні явища та ускладнення наркозу можуть з'явитися на різних його етапах: під час проведення наркозу, його підтримання та в післянаркозному періоді. Під час уведення наркозу можуть виникнути одне з тяжких ускладнень — дихальна гіпоксія й ларингоспазм (рефлекторне скорочення м'язів голосової щілини) та ще тяжче — бронхоспазм. Причина — подразнення слизової оболонки порожнини рота та верхнього відділу дихального шляху парами наркотиків, а в разі внутрішньовенного наркозу — кров'ю або уламками зубів та коренів. Причиною дихальної гіпоксії під час амбулаторного знеболювання є западання язика та нижньої щелепи. Порушення прохідності дихальних шляхів при цьому пов'язане як із послабленням м'язів нижньої щелепи, так і з маніпуляціями анестезіолога чи стоматолога. У переважній більшості хворих цьому запобігають висуненням нижньої щелепи або введенням носового чи ротового повітрогону.

Ще більшу небезпеку становить гіпоксія, спричинена закриттям голосової щілини. У цьому разі треба припинити стоматологічні втручання та давання наркозу. Введення повітрогону не завжди допомагає, а інколи навіть збільшує закриття голосової щілини. Це ускладнення частіше виникає у хворих із природженою особливістю надгортаника. Далі треба підтягти язик, проводити допоміжне дихання під тиском. Коли сталося затікання крові в дихальні шляхи — швидко корнцангом з тампоном ретельно осушити ротоглотку, гортань, видалити сторонні тіла. Якщо це не допомогло, проводити допоміжні заходи — введення міорелаксантів внутрішньовенно або внутрішньо-язиково, атропін, кортикостероїди, поверхневий масаж легенів і навіть інтубацію. У разі безуспішності цих заходів проводять закрити трахеостомію (проколювання товстою голкою щито-перснеподібної зв'язки) і вдування кисню. Відкрити трахеостомію в поліклініці виконувати складно, але потрібно мати все для її виконання.

Аспірація коренів зубів може бути причиною пізніших ускладнень (пневмонії, ателектаз, абсцес легенів). Щоб запобігти цим ускладненням, потрібні правильна підготовка хворих, тампонада ротоглотки, старанне відсмоктування, висушування вмісту порожнини рота, ротоглотки, трахеї.

Ще одне ускладнення — непритомність. У разі загального знеболювання її досить важко розпізнати. Важливо стежити за пульсом та тиском крові. Як виявлено непритомність — хворого вкладають горизонтально, вимикають наркоз. За потреби долучають оксигенотерапію, серцеві пре-

парати, парасимпатолітики, вазопресори. Якщо треба, проводять непрямий масаж серця, штучне дихання, вживають інших реанімаційних заходів.

У післяреанімаційному періоді найчастіше виникають такі ускладнення: галюцинації, рухомий неспокій, судоми, головний та м'язовий біль, вертиго [6].

За період 1998–2003 років у стоматологічному поліклінічному відділенні лікарні на станції Дебальцеве проведено 204 стоматологічних втручання під загальним наркозом.

За видами наркозу:

інгаляційний — 22 втручання: 18 — масковий (фторотан), 4 — назофарингеальний за схемою Шейна — Ашмана (циклопропану — 400 мл, кисню азоту — 1000 мл, кисню — 2000 мл);

неінгаляційний — 182: внутрішньовенний — 158 (тіопентал натрію, гексенал, сомбревін, «Каліпсол»), комбінований (масковий + внутрішньовенний) — 19, нейролептаналгезія (дроперидол, фентаніл, атропін, «Седуксен») — 5.

За віком: 161 втручання — у дорослих; 43 — у дітей.

За нозологією:

запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки — 58;

одноразове видалення великої кількості зубів та коренів (від 6 до 12) — 104;

резекція верхівки кореня — 9;

секвестротомія — 5;

травматичні ушкодження кісток лицевого черепа (найчастіше вправлення вивиху скронево-нижньощелепного суглоба та вилиці) — 9;

кістектомії та кістотомії — 8;

видалення епулісу, папілом та інших новоутворень в порожнині рота та на обличчі — 11.

У половині втручань проведено задню тампонаду ротоглотки, в інших — постійну, ретельну ревізію порожнини рота й ротоглотки.

Було 5 випадків ускладнень.

У дитини віком 10 років із хворобою Дауна після внутрішньом'язового введення «Каліпсолу» не вдавалося досягти наркозу (значне нервово збудження, судоми).

У дорослого хворого був руховий неспокій, судоми у вихідній частині наркозу.

У двох дорослих — зорові та слухові галюцинації.

У хворого віком 51 рік із флегмоною крило-підщелепного проміжку ми не змогли досягти розведення щелеп упродовж усієї стадії наркозу. Хворому проведено переднаркозну премедикацію розчином атропіну та димедролу. Через 20 хвилин почали вводити внутрішньовенно тіопентал натрію. Через 30 секунд у хворого з'явився ціаноз шкірного покриву з подальшою зупинкою дихан-

ня. Розпочато реанімаційні заходи. Через дві-три хвилини з'явилось дихання, зійшов ціаноз. Через 10–15 хвилин перейшли на масковий наркоз фторотаном із попередньою п'ятихвилинною оксигенізацією через ніс. Наркозу вдалося досягти, однак зведення щелеп не минуло. Гнійник вдалося розкрити крізь шкіру, а причинний зуб так і не видалили через тризм.

Підсумовуючи аналіз випадків ускладнень, можна відзначити, що більшості з них можна запобігти. Для цього потрібно мати на увазі таке:

Наркоз проводити тільки натщесерце.

Завжди мати наготові електровідсос, наркозу та допоміжну апаратуру.

Під час проведення наркозу має стояти тиша. Сторонні розмови, стук дверей, дзвін інструментів можуть стати сильним подразником, який спричинить збудження.

Ретельно стежити за глибиною анестезії та станом хворого. Наркоз має бути поверхневим, тому що тільки поверхневий наркоз задовольняє вимогам до амбулаторного знеболання.

Постійно стежити за характером дихання та чистотою дихальних шляхів. Рекомендовано проводити тампонаду порожнини рота та ротоглотки.

Разом з анестезіологом за безпеку хворого відповідає лікар-стоматолог.

Після наркозу та операції слід забезпечити відпочинок хворого на кушетці, де спостерігають за його станом.

Хворий може залишити поліклініку самостійно чи в супроводі у разі:

відсутності ністагму та атаксії;

стійкості в позі Ромберга та під час ходьби по прямій;

задовільного суб'єктивного стану. Якщо є сумнів стосовно стану хворого, його краще госпіталізувати [6].

Висновки

Питання про вибір ефективного та безпечного методу анестезії, її підтримання під час амбулаторних стоматологічних втручань має важливе практичне значення. Є багато анестезіологічних засобів, однак ще немає ідеального анестетика, що відповідав би усім вимогам лікарів та пацієнтів. Ми не можемо ще сказати, що загальне знеболювання стійко увійшло в амбулаторну стоматологічну практику. За даними вітчизняних авторів, загальне знеболювання застосовують у 3–5 % випадків. Причин для того багато — фінансові, організаційні, технічні тощо, має також значення певний консерватизм лікарського мислення стосовно того, що короткочасні больові відчуття є практично не шкідливими та ними можна знехтувати.

Зрозуміло, впровадження загального наркозу в амбулаторну стоматологічну практику потребує значного вдосконалення, та майбутнє таки за ним.

Цитована література

1. *Александров В. Н.* Показания к применению общего обезболивания в поликлинической стоматологической практике / В. Н. Александров, Н. Г. Бобринская, С. А. Пилипенко // Стоматология.— 1976.— Т. 55, № 1.— С. 82–86.
2. *Болтенко В. М.* О применении общего обезболивания в амбулаторной стоматологической практике // Вопросы клинической стоматологии: Сб. науч. работ Киргизского мед. ин-та.— 1966.— Т. 41.— С. 172–176.
3. *Гришук С. Ф.* Анестезия в стоматологии.— М., 1998.— С. 182–190.
4. *Рузин Г. П.* Выбор анестетика и некоторые вопросы деонтологии в стоматологии // Стоматология.— 2002.— № 6.— С. 60–61.
5. *Семенченко Г. И.* Назофарингеальный и эндотрахеальный наркоз при амбулаторных стоматологических операциях / Г. И. Семенченко, А. Н. Аряев, А. И. Кривопляс.— Одесса, 1979.
6. *Трещинский А. И.* Наркоз в амбулаторных условиях / А. И. Трещинский, Л. П. Чепкий, В. Н. Бора.— К., 1978.— 125 с.

Применение общего наркоза в амбулаторной стоматологической практике

В. Д. Козачинский, Е. П. Зубкова, Т. М. Позднякова, Л. В. Лентяева

В статье обобщен опыт применения общего наркоза в амбулаторной стоматологической практике. Приводятся показания, противопоказания, обсуждаются вопросы эффективности и возможных осложнений общего наркоза, методы профилактики и лечения. Установлена целесообразность применения общего наркоза в амбулаторной стоматологической практике.

The use of general anesthesia in dental out-patient hospital practice

V. D. Kozachyns'kyi, O. P. Zubkova, T. M. Pozdniakova, L.V. Lentiaieva

The article presents a generalized experience in application of general anesthesia in dental out-patient hospital practice. The problems of indications, contraindications, effectiveness, possible complications of general anesthesia are esteemed. The expediency of application of general anesthesia in dental out-patient hospital practice is investigated.