

соленое, горькое), термических (холодное, теплое), механических (при чистке зубов) раздражителей.

Таким образом, пациенты с заболеваниями печени могут иметь разнообразные проявления со стороны слизистой оболочки, пародонта и твердых тканей зуба. Детальный осмотр полости рта позволяет врачу-стоматологу в ряде случаев обнаружить ранние проявления заболеваний печени, что способствует своевременному направлению пациента к общему специалисту для диагностики и лечения основного заболевания.

Lutsкая I.K., Chuhrai I.G., Marchenko E.I., Kovalenko I.P.
CLINICAL DEMONSTRATIONS OF LIVER DISEASES
IN THE ORAL CAVITY

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk

The symptoms detected during stomatological examination contribute to the overall effectiveness of diagnosis and treatment, though, a dentist performs only local treatment.

Луцкая И.К., Чухрай И.Г., Новак Н.В., Марченко Е.И.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

(краткий обзор фармакологических рекомендаций)

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Стоматологическая помощь является одной из самых массовых в системе здравоохранения. Ежегодно к врачам-стоматологам разного профиля обращаются примерно 15 млн пациентов. Большинство манипуляций на твердых тканях зуба, пародонте и слизистой оболочке полости рта сопровождается болевыми ощущениями разной интенсивности и требует обезболивания. В условиях поликлинического приема основным методом борьбы с болью является инъекционное введение раствора местного анестетика (МА) в ткани челюстно-лицевой области. При этом препараты оказывают прямое влияние на систему гомеостаза организма человека. Установлено, что местная анестезия повышает риск возникновения осложнений общего характера в процессе проведения стоматологических вмешательств даже у практически здоровых пациентов.

По статистическим данным, среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 50% страдают различными общесоматическими заболеваниями. Особую проблему представляет

эффективное и безопасное обезболивание у пациентов, имеющих патологию печени. Около 57% случаев цирроза печени и 78% случаев первичного рака печени обусловлены парентеральными вирусными гепатитами. Характерно, что наибольшая распространенность вирусов гепатита В и С регистрируется у лиц молодого трудоспособного возраста – от 15 до 60 лет. В Республике Беларусь заболеваемость острым гепатитом В составляет 1,34 на 100 тысяч населения, количество пациентов с асимптомными формами - 9,62 на 100 тысяч населения. Хронические формы гепатита В встречаются в 6,50 случаев на 100 тысяч населения.

Больные с выраженной патологией печени (или при нарушениях ее кровоснабжения) в большей степени подвержены отрицательному влиянию МА амидной группы. Амиды характеризуются высокой эффективностью и широко применяются в практической стоматологии. Характерной особенностью анестетиков амидного ряда является их способность подвергаться биологической трансформации в печени под воздействием лизосомальных ферментов (N-дезалкилирование и гидролиз). Тем самым при существенных нарушениях функции печени не происходит полного метаболизма, недоокисленные продукты распада попадают в кровоток, что, в свою очередь, повышает риск системной токсичности амидных анестетиков. В таких случаях возможно применение анестетиков эфирного ряда (прокаин), которые подвергаются метаболизму в тканях под влиянием псевдохолинэстеразы плазмы крови, однако они имеют низкую эффективность и предполагают введение достаточно большого количества препарата. Более предпочтительным представляется использование минимальной дозы амидного анестетика с высокой эффективностью и низкой токсичностью. При циррозах печени уровень альбуминов в крови уменьшается из-за снижения функции синтеза белков. Снижение уровня альбуминов приводит к увеличению свободной (активной) фракции лекарственных веществ, усилению эффекта, в том числе и токсического. С другой стороны, снижается метаболизирующая способность печени, уменьшается печеночный клиренс не связанного с белками препарата, увеличивается период полувыведения. Известный представитель анестетиков эфирного ряда прокаин связывается с белками плазмы крови всего лишь на 5,6%, однако его действие непродолжительно, а токсичность аналогична таковой препаратов амидного ряда. МА амидного ряда характеризуются высокой степенью связывания с белками (лидокаин – 64%, мепивакаин – 78%, артикаин – 95%), они имеют большую продолжительность действия и низкую системную токсичность.

Период полувыведения анестетиков при нормальной функции печени колеблется от 22 минут (артикаин) до 163 (бупивакаин). У лидокаина он занимает промежуточное положение (96 минут). При нарушении функции печени период полувыведения может увеличиваться в 2 раза и более. Лидокаин метаболизируется в печени с образованием

токсичных метаболитов: моноэтилглицинксиламида и глицинксиламида, которые имеют период полувыведения 2 часа и 10 часов, соответственно.

Особого внимания заслуживают современные анестетики на основе артикаина. Артикаин, как и все амиды, метаболизируется в печени путем гидролиза. Дополнительно инактивация происходит в тканях и крови неспецифическими эстеразами, в результате гидролиз карбоксигруппы артикаина идет быстро, образуемая при этом артикаиновая кислота является неактивным водорастворимым метаболитом, выделяющимся почками (Rahn, 1996). Максимальный уровень артикаина в сыворотке крови наблюдается через 45 минут после введения, зависит от его дозы и создается в промежутке от 10 до 15 минут после введения независимо от наличия вазоконстриктора. Период полувыведения составляет около 20 минут. Особенности фармакокинетики (низкая жирорастворимость и высокий процент связывания с белками плазмы крови) снижают риск системной токсичности артикаина по сравнению с другими МА. Артикаин хорошо гидролизуется в тканях и действует быстро (через 1-4 минуты). Препарат имеет оптимальное соотношение показателей активности и токсичности, самую большую широту терапевтического действия. Является одним из наиболее активных и наименее токсичных МА. Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии. Низкая токсичность артикаина позволяет использовать его в 4% растворе, имеющем высокую анестезирующую активность. Препараты 4% артикаина Ultracain DS, Alfacain N, Эрпикаин (Белмедпрепараты), Артикаин-Боримед содержат адреналин в концентрации 1:200000, Ultracain D и Septanest SVC без добавления вазоконстриктора.

Тактика врача-стоматолога. При тяжелых заболеваниях печени необходимо проводить стоматологическое хирургическое вмешательство только после консультации с лечащим врачом пациента. Выбор препарата для местной анестезии зависит от объема, продолжительности и травматичности планируемого стоматологического вмешательства. Рекомендуются местноанестезирующие препараты на основе артикаина (Ultracain, Ubistesin, Septanest, Эрпикаин, Артикаин-Боримед), которые обладают высокой эффективностью, быстрым метаболизмом, высоким процентом связывания с белками плазмы, малым риском кумуляции, низкой токсичностью. Следует помнить о том, что у пациентов с гипопроотеинемией для достижения необходимого эффекта следует использовать минимальные дозы МА с высоким процентом связывания с белками плазмы крови (0,6 мл для инфильтрационной, 1,8 мл для проводниковой анестезии), поскольку возможно повышение токсичности препарата. При тяжелых заболеваниях печени (цирроз, гепатит) противопоказано использование лидокаина.

Таким образом, для пациентов с заболеваниями печени риск введения местных анестетиков заключается в нарушении их метаболизма с проявлениями токсического действия. Знание особенностей

фармакокинетики и фармакодинамики препаратов для местного обезболивания позволяет врачу-стоматологу осуществить дифференцированный выбор анестетиков для пациентов с заболеваниями печени и снизить риск развития осложнений общего характера.

Lutskaya I.K., Chukhrai I.G., Novak N.V., Marchenko E.I.
FEATURES OF LOCAL ANESTHESIA AT A DENTIST IN
TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER DISEASES

*Department of Therapeutic Dentistry, Belarusian Medical Academy of
Postgraduate Education, Minsk, Belarus*

The information on differential choice of anesthetics for performing local anesthesia to patients with liver diseases is presented.

Мамараджабов С.Э., Курбаниязов З.Б., Марданов Б.А., Бобоназаров С.Д.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Актуальность. Увеличение числа выявленных пациентов с эхинококкозом обусловлено повсеместным внедрением в клиническую практику высокоинформативных методов медицинской визуализации. Широкое развитие оперативной эндоскопии, малая ее травматичность и низкая частота осложнений, экономическая эффективность, а также снижение сроков реабилитации пациентов позволяют пересмотреть принципы лечения пациентов с эхинококкозом всех локализаций.

Цель – оценить результаты лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы. В хирургическом отделении клиники Самаркандского медицинского института с эхинококкозом печени оперировано всего 135 пациентов, мужчин – 57, женщин – 98 (1:1,7). Средний возраст составил $35,9 \pm 2,5$ лет. 11 (8,14%) обратились с рецидивом заболевания, 6 (4,44%) ранее перенесли эхинококкэктомию из легких. У 68 (50,37%) пациентов имелись множественные кисты (от 2 до 11 кист). Осложненное течение заболевания в печени наблюдалось у 47 (34,81%) пациентов, т.е. в 1/3 наблюдений. Нагноение кист – 21 (15,55%), прорыв кисты в желчные пути – 25 (18,51%), прорыв кисты в брюшную полость – 1 (0,74%). Из 135 оперированных пациентов с эхинококкозом печени у 7 (5,18%) произведено лапароскопическое удаление (через троакарные доступы) эхинококковых кист, удаление эхинококковых кист через минилапаротомию – у 34 (25,18%) пациентов. 94 (69,62%) пациентам эхинококкэктомию из печени проведена из лапаротомного доступа.