

Е. В. Максимович, И. О. Походенько-Чудакова
**ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОБЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Белорусский Сотрудничающий Центр EACMFS*

Цель работы-выявление частоты и структуры патологии гепатобилиарной системы у пациентов на амбулаторном стоматологическом приёме, как фактора риска развития общих осложнений. Проведено обследование 100 человек из числа пациентов, обратившихся за специализированной помощью в амбулаторные учреждения здравоохранения стоматологического профиля. Из них 10 человек выполнили биохимический анализ крови с определением показателей, характеризующих состояние печени. Данные субъекты составили 1-ю группу. Были изучены 100 амбулаторных карт пациентов, ранее обратившихся за амбулаторной стоматологической помощью, которые составили 2-ю группу, являющуюся контрольной. Результаты дают основание заключить, что с целью профилактики и прогнозирования общих осложнений, связанных с токсическими реакциями местных анестетиков, следует: 1) выявить группы риска на основании тщательного сбора анамнеза; 2) назначать дополнительное лабораторное обследование (биохимический анализ крови), позволяющий выявить несостоятельность гепатобилиарной системы у конкретного пациента.

Ключевые слова: *местные анестетики, общие осложнения, токсичность, гепатобилиарная система.*

E. V. Maksimovitch, I. O. Pohodenko-Chudakova

HEPATOBILIARY SYSTEM PATHOLOGY FOR PATIENTS WITH STOMATOLOGICAL DISEASES AS A RISK FACTOR FOR COMMON COMPLICATIONS DEVELOPMENT

Aim is to find out the number of the hepatobiliary system pathological cases and there structures during stomatological treatment as a risk factor for common complications development. We examined 100 patients went for specialized stomatological treatment.

□ Оригинальные научные публикации

Biochemical analysis of blood were performed for 10 patients of the total number and we determined indices for liver. Patients made the group I. We also studied 100 outpatient records for patients went for stomatological care before which made the group II-group of control. The results give basis to conclude that in order to make prophylaxis and prognoses for common complications development due to the toxic reactions of local anesthesia is advisable: 1) to discover the groups of risk based on the medical anamnesis; 2) to make additional laboratory examinations (biochemical analysis of blood) allowing to identify the failure of the hepatobiliary system of a patient.

Key words: local anesthesia, common complications, toxicity, hepatobiliary system.

Наиболее часто используемые препараты в стоматологической практике – местные анестетики. Широкое применение данных лекарственных средств во многом определяет частоту регистрации неблагоприятных побочных реакций, связанных с их использованием, которые в отдельных наблюдениях могут вызвать состояния угрожающие жизни пациента и повлечь летальный исход [10, 11].

Применяя местную анестезию для обезболивания непродолжительных и необъемных оперативных вмешательств, а также некоторых манипуляций, выполняемых на амбулаторном стоматологическом приеме, необходимо уделять должное внимание её безопасности, обоснованному выбору анестезирующего препарата, с учетом его физико-химических свойств, обуславливающих особенности фармакокинетики, а соответственно активность, скорость наступления анестезии, длительности действия, токсичность [1, 2, 9].

Известно, что с целью профилактики общих осложнений при использовании местных анестетиков, необходимо тщательно собрать анамнез, выявлять наличие сопутствующих заболеваний, определять противопоказания к использованию тех или иных анестезирующих средств, строго соблюдать рекомендации по их взаимодействию с препаратами других групп [8].

Развитие осложнений при использовании местного анестетика зависит от общего состояния пациентов: возраста, соматической патологии (заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, печени). В специальной литературе отмечено, что токсические эффекты при использовании местных анестетиков могут развиваться на фоне увеличенных концентраций препаратов в крови. Причиной этого может быть использование их в дозах, превышающих рекомендуемые, при случайном введении в сосудистое русло, при форсированном введении препарата, а также при выполнении местной инъекционной анестезии лицам с медленным типом метаболизма, который наблюдается у пациентов с патологией печени [6].

Следует подчеркнуть, что из-за достаточно сложной дифференциальной диагностики и отсутствия на современном этапе информативных, доступных и легко воспроизводимых тестов для прогнозирования, токсические реакции на местные анестетики в большинстве наблюдений расцениваются врачами как аллергические [8, 10].

Печень является одним из наиболее важных органов жизнеобеспечения, выполняя множество функций: синтетическую, детоксицирующую, желчеобразовательную и др., обеспечивающие гомеостаз организма. При этом она постоянно подвергается значительным нагрузкам и воздействию различных повреждающих факторов, в том числе токсических ксенобиотиков, что в итоге способно приводить к её повреждению, а следовательно, нарушению функции. Достаточно велика доля токсического поражения печени лекарственными средствами. По данным источников специальной информации, в России острые медикаментозные поражения печени выявляются у 2,7 % госпитализированных пациентов [4, 5].

Как и многие другие органы, печень имеет функциональный резерв: у многих лиц с обширными поражением, она оказывается способной сохранять функцию максимально приближенную к нормальной. В данной ситуации патология может быть выявлена только при определении специфических маркеров, продуцируемых гепатоцитами при повреждении последних. Часто та-

кое повреждение связано с фиброзом и хроническим воспалением, а маркеры фиброза отражают степень повреждения. Также печень продуцирует значительное число некоторых белков при регенерации и неопластических процессах, что позволяет оценить пролиферацию гепатоцитов.

Реакция печени на лекарство зависит от многих факторов, однако, при этом особенно необходимо подчеркнуть роль исходного состояния функции печени (уже имеющиеся заболевания печени в анамнезе) и наследственности [7].

Ферменты аспартатаминотрансфераза (АСТ) и аланинаминотрансфераза (АЛТ) присутствуют в значительных количествах в печени и почках, но в крови в норме их содержание невелико. Билирубин – один из промежуточных продуктов распада гемоглобина, происходящего в гепатоцитах. При повреждении гепатоцитов происходит потеря ими билирубина, ферментов АСТ, АЛТ, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), в результате чего их уровни в крови возрастают. Изменение уровня общего белка является признаком грубой патологии печени [4, 6].

Однако на современном этапе не выявлена частота и структура патологии гепатобилиарной системы у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме, не определена связь развития токсических реакций при использовании местных анестетиков у лиц данной категории.

Цель работы-выявление частоты и структуры патологии гепатобилиарной системы у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме, как фактора риска развития общих осложнений.

Материал и методы

Было проведено социологическое и клинично-лабораторное обследование 100 человек из числа пациентов, обратившихся за специализированной помощью в амбулаторные учреждения здравоохранения стоматологического профиля г. Минска, являющиеся клиническими базами кафедры хирургической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет». Анкета включала вопросы о наличии у обследуемых индивидуумов симптомов, свидетельствующих о наличии патологии гепатобилиарной системы, перечень которых был составлен на основании данных специальной литературы. Исследование позволило определить уровень общего обследования пациентов, частоту проведения общего и биохимического анализов крови. Из числа анкетированных пациентов, 10 человек прошли обследование, включавшее биохимический анализ крови с определением уровня ферментов, свидетельствующих о работе и состоянии печени. Данные субъекты составили 1-ю группу. В комплекс биохимических исследований входило определение уровня общего билирубина, общего белка, холестерина, триглицеридов, маркеры цитолиза (по активности ферментов АЛТ и АСТ), определение уровня ГГТП и маркеров холестаза (по уровню активности щелочной фосфатазы (ЩФ)).

Также были изучены 100 стоматологических амбулаторных карт пациентов, ранее обратившихся за амбулаторной стоматологической помощью, составивших 2-ю группу, являющуюся контрольной.

Полученные данные были статистической обработке с помощью пакета прикладных таблиц «Statistica» и «Excel» [3].

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов 1-ой группы составил $29 \pm 3,7$ лет. Из числа группы женщин было $64 \pm 0,63\%$, мужчин –

Оригинальные научные публикации □

35±0,37%. Известно, что возраст и пол пациентов так же можно отнести к факторам, влияющим на метаболизм лекарственных средств в печени. Например, у детей, реакции на медикаментозные средства развиваются редко, за исключением существенного превышения дозы препарата. У пожилых людей выведение лекарственных препаратов из организма замедляется из-за уменьшения объема печеночной паренхимы и снижения в ней кровотока. Отмечено также, что статистически достоверно более часто лекарственные поражения печени отмечаются у женщин, у лиц старше 56 лет, при наличии хронического аутоиммунного заболевания, при снижении функции почек [7, 11].

Социологическое исследование выявило, что 70±0,7% опрошенных регулярно проходят комплексные медицинские обследования (осмотр врачей-специалистов, лабораторные исследования). Следует подчеркнуть, что абсолютное большинство регулярно обследующихся лиц относятся к трудоспособному возрасту и проходят медицинские осмотры по месту работы (учебы). Также регулярное обследование проходят индивидуумы, имеющие соматическую патологию, которые периодически находятся на поддерживающей терапии в условиях стационара. При этом 29±0,3% опрошенных лиц указали, что обследуются не регулярно.

У пациентов 1-ой группы патология гепатобилиарной системы была выявлена в 52±0,4%. Из них патология желчного пузыря (желчекаменная болезнь, хронический холецистит, постхолецистэктомический синдром) составила 30±0,5%, перенесенные острые и хронические гепатиты 13±0,4%, перенесенные тяжелые отравления и токсикоинфекции были выявлены в 8±0,5% наблюдений.

При проведении биохимического анализа крови у 61,1% пациентов с патологией гепатобилиарной системы было определено повышение АЛТ (на 66,88%), АСТ (на 131,25%), ГТПП (на 136,67%), общего (на 107,48%) и прямого (на 208,56%) билирубина, что свидетельствовало о повреждении печени.

При этом следует отметить, что одним из наиболее часто используемых местных анестетиков на стоматологическом приеме является 2% раствор лидокаина гидрохлорида, относящийся к группе амидов, который метаболизируется в печени с образованием моноэтилглицинсилидида и глицинсилидида, частично сохраняющих свою активность и способных оказывать токсическое действие [2, 5].

Наиболее часто выявляемой патологией гепатобилиарной системы явился рост выше нормальных значений уровня содержания ГТПП, АЛТ, АСТ, общего, прямого, непрямого билирубина у пациентов, у которых в анамнезе был выявлен гепатит В или С.

Их число составило 22,2% наблюдений. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, констатировали повышение уровня ГТПП. Число пациентов с указанной сопутствующей патологией равнялось 5,6%.

К группе риска были отнесены: женщины, отмечавшие токсикозы во время беременности, или имевшие в анамнезе резус-конфликт (39±0,6% анкетированных); пациенты, перенесшие туберкулез (3±0,7%), так как противотуберкулезные препараты гепатотоксичны и применяются длительно; лица, получавшие химиотерапию вследствие онкологических заболеваний (1±0,2%).

При изучении стоматологических амбулаторных карт пациентов 2-ой (контрольной) группы выявлено, что только 11% в анамнезе отмечены в сопутствующих заболеваниях (у 9% пациентов – гепатит, а у 2% желчекаменная болезнь).

Полученные результаты дают основание заключить, что с целью профилактики и прогнозирования развития общих осложнений, связанных с токсическими реакциями местных анестетиков, следует: 1) выявить группы риска на основании тщательного сбора анамнеза; 2) назначать дополнительное лабораторное обследование (биохимический анализ крови), позволяющий выявить несостоятельность гепатобилиарной системы у конкретного пациента.

Литература

1. Бард, Ж. А. Местная анестезия в стоматологии: пер. с англ. / Ж. А. Бард, Х. С. Бранд. – М.: «Медицинская литература», 2010. – 208 с.
2. Белоусов, Ю. Б. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств / Ю. Б. Белоусов, К. Г. Гуревич. – М.: «Литтерра», 2005. – 288 с.
3. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
4. Камышников, В. С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: в 2-х томах / В. С. Камышников. -Т. 1. – Минск: «Беларусь», 2002. – 495 с.
5. Кржечковская, В. В. Лекарственные средства в анестезиологии. Местные анестетики / В. В. Кржечковская, Р. Ш. Вахангишвили. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2006. -192 с.
6. Куценко, С. А. Основы токсикологии: учеб. пособие / С. А. Куценко. – СПб.: Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 2002. – 395 с.
7. Лекарственные поражения печени / И. Г. Никитин [и др.]. // Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей; под ред. В. Т. Ивашкина.-М.: ООО «Издат. Дом «М. Вести», 2005. – С. 217 – 223.
8. Маламед, С. Ф. Аллергические и токсические реакции на местные анестетики / С. Ф. Маламед // Клиническая стоматология.-2004.-№ 4.-С. 26-30.
9. Маламед, С. Ф. Возможные осложнения при местном обезболивании / С. Ф. Маламед // Клиническая стоматология.-2000.-№ 1.-С. 23-26.
10. Рабинович, С. А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии / С. А. Рабинович.-М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000 – 144 с.
11. Ткачук, В. А. Клиническая биохимия / В. А. Ткачук.-М., 2004.-С. 514.

Поступила 25.04.2012 г.