

ДИСКУСІЯ

Харьков Л.В.,
Жовенко Л.Н.

РЕАЛІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ НЕБЕЗПЕЧНИХ АЛЕРГІЙНИХ РЕАКЦІЙ НА МІСЦЕВІ АНЕСТЕТИКИ В ПРАКТИЦІ ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

*Встречаются больные, которым мы можем
помочь, но нет таких, которым мы не можем навредить.*

Артур Блюменфельд

(Американский автор популярной книги
«Кому угрожает инфаркт миокарда»)

Стаття Рибак А.Т. «Диагностика и профилактика лекарственных аллергий в лечебно-профилактических учреждениях: современные проблемы», що надруковані у Науковому віснику НМУ ім. О.О. Богомольця №4, 2009 викликала низку питань, пов'язаних з практичною діяльністю стоматологів. Практична стоматологія після терапевтів загальної практики займає друге місце за наданням допомоги. В Україні до 2000 року щорічно було 40 мільйонів звернень до стоматолога, серед них діти становили 3,8 мільйона. На сьогодні до стоматолога звертаються 2,5 мільйона дітей, п'ятій частині (500 000) з них виконують видалення зубів, тобто застосовуються лікарські засоби (ЛЗ) – місцеві анестетики (МА).

Відомо, що частота застосування ЛЗ зростає пропорційно віку людини: до 40 років – 25,4%, 80 років і більше – 66,5%.

Це є підґрунтям розвитку побічних реакцій (ПР) ЛЗ. Особливо небезпечні ПР ЛЗ з дитячому віці, що пов'язано із розвитком та формуванням тканин і систем організму.

У базі даних центру ВООЗ більше 2 мільйонів повідомлень про небезпечні ПРЛЗ. На першому місці серед фармакологічних груп ЛЗ, що викликають ПР ЛЗ знаходяться антибіотики сульфаніламідні – 55,8%; на другому – нестероїдні протизапальні препарати – 16,2%; на третьому – вітаміни 14,7%;

на четвертому – спазмолітики 13%; п'яте – посідають місцеві анестетики – 10,3%.

Стоматологи США щорічно використовують більше 300 мільйонів карпул місцевих анестетиків (1). Вони відмічають, що задокументовані алергійні реакції на МА групи складних ефірів (прокаїн, дикаїн, промоксикаїн, новокаїн) досить часто явище. Тоді, як алергія на амідні МА (лідокаїн, мепівакаїн, прілокаїн, артикаїн, бупівакоїн, етидокаїн), відмічається дуже рідко. Проведені дослідження в Об'єднаному королівстві показали, що при місцевій анестезії ризик смертельних випадків становить 1:1000000, а ризик викликання ПР зменшується від 1:248000 до 1:598000 у разі проведення знеболення і втручання одним лікарем[2]. Таке положення зберігалось доти, доки лікар-стоматолог користувався ампульним розчином, з переходом на карпульні – кількість «катастроф» знизилась. Ризик виникнення алергійних реакцій, а скоріше за все інтоксикацій при провідникових анестезіях дорівнює 1:1000 [3]. Заданими Фесенко В.С.: Україна є «чемпіоном світу» по алергії на МА, особливо на лідокаїн (4). Це обумовлено широким застосуванням їх, що підтверджує статистика клінічних баз кафедр хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця. Щорічно в її клініках

виконується в середньому 2500 анестезій, серед них – 15% вперше. Тобто ризик розвитку алергійних реакцій високий.

Але не дивлячись на те, що алергійна реакція на саміамідні анестетики розвивається вкрай рідко, відмічена значна кількість людей, які реагують на інші складові знеболювальної речовини. Про що саме йде мова? Це – парабени, етилендіамінтетрауксусна кислота (ЕДТА), сульфіти.

Парабени здійснюють бактеріостатичну дію в анестезуючому розчині. З 1968 року з'ясовано, що вони є сильними алергенами, можуть вступати у перехресну алергійну реакцію між метилпарабенами та молекулами аміно-ефірів. В якості антиоксиданту в МА також введені сульфіти (бі- та мета). Саме останні у 4-8% пацієнтів, які страждають на бронхіальну астму, викликають анафілактичний шок (5). Наступною складовою частиною анестезуючого розчину є – антиоксидант – ЕДТА. Він посилює ефект сульфітів, при цьому утворюються хілатні поєднання з іонами металів, в зв'язку з чим в останній час в анестезуючому розчині зменшена кількість сульфітів та ЕДТА.

Таким чином, алергійна реакція на МА є тією реальністю, яка потребує знань та вміння діяти у разі її розвитку. Чому так гостро постає питання? Це пов'язано з тим, що така алергійна реакція, як анафілактичний шок може призвести до смерті. В основі його лежить реакція, що викликає утворення великої концентрації IgE. У разі ін'єкцій, анафілактичний шок розвивається частіше та перебіг його більш стрімкий. Він тим важчий, чим менше часу пройшло від моменту введення алергену. Крім того, частота випадків та його тяжкість збільшується з віком (6).

Перебіг шоку у дітей та дорослих не відрізняється. Клінічними ознаками гострої анафілаксії є:

- зуд, уртикарія;
- набряк Quincke, подразнення горла, риніт, кон'юнктивіт;
- респіраторні ознаки? wheezing, диспноє, грубий голос, стридор;
- черевні ознаки: нудота, блювота, болі в животі, діарея;
- ознаки кардіоваскулярні: артеріальна гіпотензія, синкопе, кардіо-васкулярний колапс (шок). Це може призвести до миттєвої смерті.

Тому перед лікарем-стоматологом, особливо дитячим, постає питання: як захистити пацієнта від ускладнень, а себе від

юридичних питань у разі виникнення ПР на МА. Тим більше, що захист хворого у даному випадку покладений на лікаря. Тому він повинен співставити ризик і позитивний результат від використання МА. Знати клініко-фармакологічну характеристику МА та інших ЛЗ, які можливо буде потрібно призначити у випадку розвитку ПР. Впевнитись у тому, що батьки дитини розуміють для чого буде використаний МА. Юридичний захист лікаря включає проведення алергологічних проб, які ретельно описані в наведеній статті. Останні за кордоном виконуються та оцінюються анестезіологом або алергологом, а в нашій країні переважно стоматологом, тобто лікарем, який виконує втручання.

За наказом МОЗ України та АМН України №127/18 від 02.04.2002р. широко відомі крапельна, скарифікаційна, сублінгвальна, кон'юнктивальні, шкірна проби, повинні використовуватися у наведеному порядку для виявлення наявності алергологічної реакції.

Але в які умови попадає лікар при необхідності здійснення цих діагностичних проб?

Проведення сублінгвальної та кон'юнктивальної проб у дітей стає майже формальним. Так, виконання сублінгвальної проби утруднено із-за підвищеної саливації у дітей, їх особливостей психо-емоційного стану в присутності стоматолога, у разі гострих запальних процесів в порожнині рота. Це значно ускладнює також проведення об'єктивної оцінки результатів проби.

Щодо кон'юнктивальної проби у дітей, то вона завжди сприймалася лише негативно. При закапуванні розчину в око, а тим більше у разі розвитку позитивної проби, наслідки можуть бути тяжкими для пацієнта.

Пропонуєма шкірна проба не що інше, як метод Безредки (1928). А.М. Безредка – мікробіолог, який народився в Росії, але працював у Франції, запропонував специфічний спосіб десенсибілізації організму. Сутність якого полягає у введенні 0,1 мл в 100 разів розведеної сироватки внутрішньошкірно. Реакція вважається позитивною у разі утворення папули діаметром 10мм і більше. В наш час сироватку замінили анестетиком та зменшили дозу до 0,02 мл.

МА при шкірній пробі, поєднуючись з білками її, утворюють гаптеноподібні речовини, що самі по собі можуть бути антигенами та викликати розвиток алергійної реакції [7]. Крім того, наявність у дітей різних видів дерматитів унеможливають проведення алергологічних проб.

А якщо і треба виконати шкірну пробу, то 0,01 % розчин гістаміна, як речовина позитивного контролю, не включена до Державного реєстру лікарських засобів України, що є скоріше за все організаційним недоліком. Але якщо, навіть, недолік цей усунути, то суттєвих змін в проблемі попередження ПР на МА не відбудеться. І нарешті практична достовірність тесту дорівнює лише 65-70 %.

От і лишається лікар-стоматолог на одинці з можливістю виникнення алергійної реакції у пацієнта і без діагностичних простих тестів, які попереджають розвиток її.

Рекомендований ргіск – тест, наведеним вище наказом, дає відповідь на можливість виникнення алергійної реакції на МА у дитини.

За даними стоматологічної поліклініки НМУ дитячого хірургічного відділення щорічно на ргіск – тест вони відправляють до 60 пацієнтів із обтяженим алергійним анамнезом, що складає 4% від усіх хворих, яким застосовувалося місцева анестезія. Це можливо, бо центр розташовується поряд і виконати невідкладне втручання вдається через 1,5-2 години. Вартість такого дослідження коштує в середньому 60 гривень.

У лікаря стоматолога звичайної районної поліклініки виникає низка проблем у разі

необхідності проведення ргіск – тесту. Головна з них цитуємо автора статі: «Тестирование с лекарственными препаратами должно проводиться под контролем врача-аллерголога, или врачей, которые прошли специальную подготовку, включая мероприятия по оказанию неотложной помощи лицам с анафилаксией». Тобто юридично стоматолог не має права виконувати ргіск-тест. А відправити дитину з гострим захворюванням через все місто небезпечно. Не менш важлива і друга проблема – забезпеченість наборами для проведення прік-тесту. На сьогодні просто не реально впровадити це в практику, бо жодна дитяча стоматологічна поліклініка не має коштів для цього.

Отже, на жаль і на сьогодні достатньо достовірних та безпечних алергійних тестів на препарати, що застосовуються для місцевої анестезії, також немає [8].

Тому лікар лишається на самоті з проблемою. Єдине що він може зробити – це зібрати ретельно алергологічний анамнез дитини та при найменшій підозрі на можливість розвитку алергійної реакції втручання проводити під загальним знеболенням.

Таким чином, в реальності ризикує пацієнт та лікар. І практично зменшити цей ризик, застосовуючи існуючі діагностичні проби на алергійні реакції, на сьогодні не можливо.

РЕАЛИИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОПАСНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Харьков Л.В., Яковенко Л.Н.

Резюме. Авторы обсуждают проблему предупреждения побочных аллергических реакций на местные анестетики в практике хирурга – стоматолога. Определяют реальные вопросы на сегодняшний день.

Ключевые слова: локальные анестетики, побочные аллергические реакции, аллергические пробы.

THE REALITY OF PREVENTING THE DEVELOPMENT OF DANGEROUS ALLERGIC REACTIONS TO LOCAL ANESTHETICS IN THE PRACTICE OF DENTAL SURGEON.

Kharkov L., Yakovenko L

Summary. The authors consider the problem of preventing the development of dangerous allergic reactions to local anesthetics in practice of Dental Surgeon. Determine reality of this question for today.

Key words: local anesthetics, allergic by-reactions, allergic tests.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Стенлі Ф.: Возможные осложнения при местном обезболивании; Стоматолог, 2001, №8, с.5-8.
2. Fred Quarnstrom. Еще раз о проблемах обезболивания; Стоматолог, 2000, №10, с.13-16.
3. Boletin Informativo de la Sociedad Espanola de Anestesiologia y Reanimacion // Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. — 1994. — Vol. 41, № 1. — P. 31-32.
4. Фесенко В.С.: Интоксикация местными анестетиками: старая опасность, современные мифы, новые препараты и «серебряная пуля». Медицина неотложных состояний, 2008/ №4(17), с.12-20.
5. Т. Герен, Л. Маман, С.Б. Вьерзба.: Разработка местных анестетиков для инъекций/ Современная стоматология, 2001, №1, с. 55-62.
6. T. Bounnier Le choc anaphylactique chez Pentant/ Arch Pediatr 2000, №7, p. 1347-52/
7. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология. — М.: Медицина, 1991. — Т. 1. — с.656.
8. Гилева М.Н. Проводниковая анестезия. — Х.: РИП «Оригинал», 1996. — с.112.