

у 3 — острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, сопровождавшийся флегмонами, у 2 — острое гнойное воспаление слюнной железы (у одной — левосторонний паротит, у другой — воспаление правой подчелюстной железы, осложнившиеся флегмонами), у 3 — ограниченные гнойные процессы (острый периодонтит с периодонтитом).

Наиболее обширные гнойные процессы наблюдались у 11 больных. Они поступили в клинику в среднетяжелом или тяжелом состоянии, иногда с уже появившимися признаками сепсиса. У всех гнойный процесс носил разлитой характер, сопровождался абсцессами и флегмонами, а в последующем некрозами, быстро распространявшимися по клеточным пространствам. 9 больных сахарным диабетом средней, среднетяжелой и тяжелой формы получали букарбан, инъекции инсулина.

В клинике пациентам вскрывали абсцессы, флегмоны и удаляли зубы — источники возникновения одонтогенного остеомиелита. Всем больным проводили по показаниям интенсивную антибактериальную терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия (цепорин, линкомицин, ампициллин, пенициллин и др.) в больших дозах с предварительным выявлением чувствительности к микробной флоре. Назначали комплексную инфузионную дезинтоксикационную терапию и корригировали углеводный и электролитный обмен, кислотно-щелочное равновесие; дозу инсулина увеличивали на 15—20%. Лечение проводили совместно с эндокринологом и реаниматором.

Однако, несмотря на патогенетическую терапию и операции, у отдельных лиц распространение гнойного процесса остановить не удалось. Из-за сепсиса погибли 3 человека. С., 29 лет, больной некомпенсированным диабетом (содержание глюкозы в крови — 22 ммоль/л, доза инсулина до 100 ед.), поступил в клинику с карбункулом верхней губы и две большие М., 74 лет, и Н., 85 лет — с острым гнойным паротитом и подчелюстным гнойным сиалоаденитом, осложнившимися разлитыми флегмонами и некрозами. Они были доставлены в клинику поздно — уже в разгаре гнойного процесса, с появившимися признаками сепсиса. Следует отметить, что даже при благоприятном исходе местного гнойного процесса раны у таких больных заживают хуже, инфильтраты на лице рассасываются медленнее, после удаления зубов нередко альвеолиты [2].

Тяжелое течение гнойно-воспалительных явлений обусловлено дисбалансом желез пищеварительного тракта, эндокринной системы и нарушением углеводного обмена. В свою очередь гнойно-воспалительный процесс снижает толерантность к углеводам и повышает резистентность больных к инсулину. Прогрессирование гнойного процесса нередко приводит к декомпенсации скрыто протекающего диабета, вплоть до диабетической комы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вайс С. И. Терапевтическая стоматология, М., Медицина, 1968.
2. Гусейнов Р. Р. Стоматология, 1977, 3.
3. Кулешов Е. В. Особенности регенерации ран, принципы предоперационной подготовки, проведения операций и послеоперационного периода у хирургических больных, отягощенных диабетом. Автореф. докт. дисс., М., 1972.
4. Мареев Ю. С., Чубаков Ю. М. Хирургия, 1979, 8.
5. Молчанова К. А., Карандашов В. И. Стоматология, 1981, 1.
6. Паламарчук Ю. Н. Клиника, патоморфология и лечение пораженной тканей пародонта у больных сахарным диабетом. Автореф. канд. дисс., Полтава, 1971.

Поступила 7 февраля 1984 г.

УДК 616.31:362.12:616—089.5

### ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

*Р. И. Гарипова, А. Д. Дзамуков, В. А. Солдатенков,  
Ф. Н. Казанцев, Ф. В. Шмелева, Р. З. Ахмадишина*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. — доц. Ф. Н. Казанцев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, стоматологическая поликлиника Приволжского района г. Казани (главврач — заслуж. врач РСФСР С. К. Толстякова)*

В настоящее время в условиях поликлиники при стоматологических вмешательствах основным видом обезболивания является местная анестезия. Однако лишь

Т а б л и ц а 1

## Показания к общей анестезии в стоматологической поликлинике

Показания к наркозу	Число больных	%
Эмоциональная неустойчивость пациентов и повышенная болевая чувствительность . . . . .	46	56,1
Непереносимость местных анестетиков или их неэффективность . . . . .	14	17,1
Детский возраст . . . . .	9	11,0
Психические заболевания	4	4,8
Желание пациентов лечиться под общей анестезией	9	11,0
Всего . . . . .	82	100,0

часто общую анестезию применяли у пациентов с психо-эмоциональной неустойчивостью и повышенной болевой чувствительностью. В остальных группах показаниями к наркозу служили непереносимость местных анестетиков или их неэффективность, детский возраст и др.

Все больные, которым была назначена санация полости рта под наркозом, проходили общее обследование. Для проведения наркоза были необходимы следующие условия: положительное заключение терапевта при нормальных клинических и биохимических показателях, наличие сопровождающего, определенный интервал времени после приема пищи, а также удовлетворительное общее состояние пациента.

Н. Н. Важанов и С. С. Ганина (1979) справедливо утверждают, что ни один из широко распространенных ингаляционных или внутривенных анестетиков не отвечает в полной мере требованиям, предъявляемым к обезболиванию стоматологических вмешательств. Поэтому особое значение мы придавали выбору оптимального способа общей анестезии с учетом индивидуальности больного и объема предполагаемого вмешательства (табл. 2).

Премедикация в обязательном порядке состояла из внутримышечной инъекции атропина за 20—30 мин, что обеспечивало к моменту санации сухость ротовой полости. Промедол по 20 мг включали в премедикацию или вводили непосредственно перед вмешательством внутривенно при ингаляционных видах анестезий, когда требовалось при сохраненном сознании поддерживать достаточную анальгезию, например, при препарировании зубов под коронки.

Ингаляционные анестетики в течение многих лет успешно применяются в поликлинической стоматологии [1, 3, 5]. Причем, несмотря на внедрение в клиническую практику ряда перспективных неингаляционных анестетиков, закись азота и Фторотан в настоящее время занимают значительное место при общем обезболивании амбулаторных стоматологических больных [2, 4].

один метод обезбоживания не в состоянии обеспечить проведение санации полости рта при столь широком спектре работы и индивидуальных различиях амбулаторных больных [2]. За последнее время чаще стали встречаться пациенты с повышенной чувствительностью к местным анестетикам. Кроме того, имеются лица с особо лабильной или неполноценной психикой, которые испытывают непреодолимый страх перед любым стоматологическим вмешательством. При обследовании полости рта у таких больных выявляется большое количество гангренозных зубов (до 10 и более), которые требуются удалить или лечить. Санация полости рта в подобных случаях становится возможной лишь под общей анестезией.

Настоящее сообщение основано на опыте проведения различных стоматологических вмешательств под наркозом у 82 больных в возрасте от 5 до 60 лет. Как видно из табл. 1, наиболее

Т а б л и ц а 2

## Методы общей анестезии при амбулаторных стоматологических вмешательствах

Методы	Количество анестезий	%	
Ингаляционная анестезия	фторотан + $N_2O + O_2$	29	35,3
	$N_2O + O_2$	10	12,2
Внутривенный наркоз	сомбревин	19	23,2
	сомбревин + барбитураты	15	18,3
Внутримышечная анестезия кетамин		9	11,0
Всего . . . . .		82	100,0

В нашей практике ингаляционным видам анестезий отдавали предпочтение при терапевтических вмешательствах и препарировании зубов под коронки. Индукцию осуществляли быстрым увеличением концентрации фторотана в потоке закиси азота с кислородом через обычную маску наркозного аппарата до достижения хирургической стадии. После установки резиновых распорок или роторасширителей анестезию в процессе лечения регулировали подачей наркотической смеси через носовой воздуховод с тампонадой другого носового хода. Профилактику аспирации и попадания в трахею инородных тел осуществляли рыхлой тампонадой ротоглотки поролоновой губкой. Затем подачу фторотана уменьшали или прекращали и анестезию в основном поддерживали закисью азота с кислородом в соотношении 3 : 1.

При препарировании зубов под коронки более эффективно применение носовой маски и наркоза закисью азота с кислородом в стадии анальгезии, так как в процессе вмешательства врачу-стоматологу необходимо общаться с больным. Часто пациенты сами прикладывают себе носовую маску и регулируют степень анальгезии, не теряя при этом контакта с врачом.

Внутривенные наркозы сомбревином, а также смесью сомбревина с барбитуратами (тиопенталом натрия или гексеналом) использовали в основном при удалении зубов и корней. При введении сомбревина в чистом виде взрослым пациентам в количестве до 1 г длительность наркоза не превышала 10 мин. Сочетание же сомбревина с барбитуратами в дозе 0,2—0,5 г способствовало пролонгированию наркоза до 30 мин, в течение которых становилась возможной более обширная санация полости рта, а также выполнение небольших операций.

Кетаминный наркоз внутримышечной инъекцией препарата применен у больных моложе 14 лет. Средняя доза препарата составляла 7 мг/кг. Особенностью данной анестезии является то, что состояние наркоза, как правило, значительно превышает время вмешательства. Объясняется это способом введения кетамина и, в отличие от внутривенного, связано с большой дозой препарата и относительно медленной элиминацией его из мышечного депо. Мы считаем, что наркоз внутримышечным введением кетамина может быть применен в амбулаторных условиях, но после такого вмешательства за больным следует наблюдать 1,5—2 ч.

Под общей анестезией стало возможным у сравнительно небольшого числа больных (82 чел.) выполнение одновременно большого объема работы. Так, оперативные вмешательства проведены 8 больным, препарирование зубов под коронки с обработкой 38 зубов — 12 пациентам. У 62 больных удалено 207 зубов и корней и вылечено 139, из них у 22 лиц одновременно санированы зубы при множественном осложненном кариесе. Для выполнения аналогичного объема работы под местной анестезией (или в ряде случаев без анестезии) потребовалось бы в 6 раз больше посещений пациента.

Тщательный подбор больных для наркоза в амбулаторных условиях с обязательным преднаркозным обследованием и подготовкой считается необходимым условием, поскольку любое анестезиологическое пособие, как кратковременное, так и более продолжительное, является потенциально опасным. Однако опыт показывает, что частота осложнений наркозов в условиях стоматологической поликлиники возрастает пропорционально длительности анестезии [4]. В нашей практике также встречались нежелательные проявления как в период индукции и поддержания анестезии, так и непосредственно после наркоза. Почти у всех пациентов наблюдалось переходящее головокружение, у 9 больных — тошнота, рвота или позывы на нее. Выраженная стадия возбуждения при ингаляционных видах анестезий отмечена у 6 физически крепких пациентов и у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Таким больным требовалась постоянная подача фторотана до 3 об. % в потоке закиси азота с кислородом, а в отдельных случаях и внутривенное введение барбитуратов для стабилизации анестезии на необходимом уровне. Мы не наблюдали осложнений, потребовавших неотложных мероприятий по выведению больных из критических ситуаций.

Резюмируя изложенное выше, можно заключить, что общая анестезия в амбулаторной практике является необходимым пособием в повседневной работе врача-стоматолога, поскольку применение наркоза при множественной патологии позволяет выполнять одновременно большой объем вмешательств, в несколько раз сокращая общие сроки санации полости рта. Выбор оптимального метода анестезии зависит от индивидуальности больного и предполагаемого объема стоматологического вмешательства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Н. Н. Боль и лечение зубов. М., Медицина, 1968.— 2. Бажанов Н. Н., Ганина С. С. Обезболивание в поликлинической стоматологической практике. М., Медицина, 1979.— 3. Вашанцев А. А., Шаммаев Н. П. Стоматология, 1966, 2.— 4. Семенихин А. А., Тураев Х. К. Анестезиол. и реаниматол., 1980, 5.— 5. Тимченко И. С. Стоматология, 1973, 3.