

**ПРОБЛЕМА СИНКОПАЛЬНИХ СТАНІВ НА ХІРУРГІЧНОМУ
СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ***Гоголь А.М., Панькевич А.І., Колісник І.А.*

Полтавський державний медичний університет

В структурі невідкладних станів, які зустрічаються на амбулаторному хірургічному прийомі, вагомий відсоток займає непритомність (втрата свідомості, синкопе). За нашими спостереженнями на базі кафедри пропедевтики хірургічної стоматології (КП «Полтавський обласний центр стоматології – обласна стоматологічна поліклініка) синкопальний стан спостерігається у 3-4 % пацієнтів від їх загальної кількості. Враховуючи особливості амбулаторного прийому та складність диференційної діагностики невідкладного стану, непритомність пацієнта створює цілу низку проблем організаційного характеру в роботі хірурга-стоматолога і потребує логічного алгоритму вирішення проблеми в конкретній клінічній ситуації. Тому є необхідність акцентувати увагу на певних клінічних аспектах профілактики та надання невідкладної допомоги при втраті свідомості.

Значні труднощі щодо з'ясування причин синкопальних станів зумовлені не тільки епізодичним характером непритомностей та їх короткочасністю, але й різноманіттям причин і механізмів їх розвитку. Згідно сучасних класифікацій виділяють наступні види синкопальних станів:

- 1) неврогенні непритомності: психогенні, іритативні, дезадаптаційні, дисциркуляторні;
- 2) соматогенні непритомності: кардіогенні, вазодепресорні, анемічні, гіпоглікемічні, респіраторні;
- 3) синкопальні стани при екстремальних впливах: гіпоксичні, гіповолемічні, інтоксикаційні, медикаментозні, гіпербаричні;
- 4) такі, що рідко виникають і поліфакторні синкопальні стани: ніктуричні, кашльові.

Синкопе може мати як первинно неврогенний генез, так і бути зумовлене соматичними захворюваннями. Хірург-стоматолог не має об'єктивно цілісного уявлення про загальний стан здоров'я пацієнта і в переважній більшості спирається на анамнестичні дані. При вивченні сімейного анамнезу у родичів можна діагностувати серцево-судинну патологію, судинно-вегетативні порушення, рідше — епілепсію та параепілептичні феномени. Підґрунтям, що зумовлює виникнення синкопальних станів, є диспластичний розвиток чи перинатальна патологія, який відзначається за даними науковців у 63% пацієнтів із непритомністю. В цій ситуації необхідно наголосити на наявності цілого ряду індивідуальних ознак, які можуть допомогти лікарю у передбаченні виникнення синкопальної реакції. Поєднання у них 5–7 стигм може свідчити про високу ймовірність дисплазії нервової системи як можливого патогенетичного фактора розвитку синкопальних станів. Найчастіше відзначають такі дефекти, як неправильна будова стоп, вузьке високе піднебіння, неправильне розташування та форма зубів, деформації грудної

клітки, невідповідність мозкового і лицьового відділів черепа, зміна форми, величини та розміщення вушних раковин, гетерохромія райдужки тощо.

Застосування вазоактивних речовин під час місцевого знеболення в стоматології є одним з факторів в реалізації патогенезу непритомності. Тому, після з'ясування анамнезу і виявлення об'єктивних даних, що свідчать про значну імовірність розвитку синкопе, краще відмовитись по можливості від анестетиків з максимальною концентрацією вазоконстрикторів.

У нашій практичній діяльності є група пацієнтів, яку реагують пресинкопальною реакцією на першу ін'єкцію під час кожного відвідування, при тому, що кожна наступна переноситься ними цілком адекватно. Поряд з тим є спостереження, коли у пацієнта спостерігається непритомність при кожному відвідуванні стоматолога, незалежно від того проводилась чи ні місцева анестезія. Ретельний збір анамнезу з'ясував, що така ситуація, за словами пацієнта, виникла після отриманої черепно-мозкової травми. В цьому випадку є обґрунтування для діагностики у пацієнта синкопального синдрому і відповідно для спрямування його на обстеження та лікування до вузькопрофільного спеціаліста.

На фоні загальних для всіх непритомностей клінічних проявів пресинкопального стану при окремих синкопе вдається відзначити деякі його особливості, важливі для диференційної діагностики. Так, при кардіогенних непритомностях можливі біль і неприємні відчуття в ділянці серця, відчуття нестачі повітря, завмирання, зупинки серця. У пацієнтів із непритомноподібними епілептичними пароксизмами перед розвитком втрати свідомості можливе виникнення відчуття «великої голови», немотивованого страху, смакових і слухових порушень, болю в животі з позивом до дефекації тощо. Розвиток інтенсивного больового синдрому в епігастральній ділянці чи за грудиною у поєднанні з відчуттям нестачі повітря відзначають під час непритомності при ковтанні. Особливий кашель характерний для бетолепсії (кашльові непритомності). При синкопальних станах, зумовлених вертебрально-базиллярною судинною недостатністю, на стадії провісників відзначають наростаюче системне запаморочення, головний біль із локалізацією в потиличній ділянці, нудоту, можливі зорові порушення у вигляді мерехтливих скотом, геміанопсії і т.п.

Зазначені обставини потребують від лікаря ретельного аналізу характеру, ступеню вираженості та тривалості клінічних проявів на всіх стадіях синкопального стану з метою подальшого направлення пацієнта на обстеження до лікарів-інтерністів для відповідної підготовки перед відвідуванням стоматолога. Знання домінуючої патогенетичної ланки в генезі синкопе у пацієнта надає можливість для логічного розуміння індивідуального підходу у наданні невідкладної допомоги.