

УДК: 616.716-053.2 : 616.8-009.614

**ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

М.В. Черкун, Д.А. Шкурупій

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Вроджена патологія щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) є наслідком дисембріогенезу і зустрічається з частотою 1:1000 новонароджених дітей []. Хірургічне лікування цих дефектів проводиться після 2 років, що обумовлено формуванням зубо-щелепного апарату дитини.

Дані втручання є технічно складними як з точки зору хірургічної техніки так і з позиції операційного знеболення. Труднощі анестезіологічного забезпечення полягають у наступному:

1. Необхідність проведення назо- (рідше – оро)трахеальної інтубації в умовах зміщених внаслідок дефектів анатомічних орієнтирів;
2. Майже повна відсутність можливості клінічного моніторингу вітальних функцій, які перекриті операційним полем і, внаслідок цього, проведення контролю за перебігом анестезії лише на основі інструментальних методів;
3. Можливість obturaційних порушень дихання внаслідок кровотечі, утворення кров'яних згустків в орофарінгеальній ділянці і наявності тампону в місці оперативного втручання.

Анестезіологічне забезпечення в таких умовах має бути адекватним і найменш агресивним. При цьому слід зазначити, що поняття «адекватність» і «глибина» анестезії не є тотожними: поглиблення

анестезії у цих пацієнтів вірогідно підвищує ризик анестезіологічних ускладнень [].

Оскільки втручання проводиться в дитячому віці слід враховувати той факт, що діти мають незбалансований режим функціонування вегетативної нервової системи і незавершене формування психоемоційної сфери. Зокрема, діти схильні до негативізму при медичних маніпуляціях: у дітей 2-3 річного віку це відбувається внаслідок підвищених вольових психічних реакцій і відсутності досвіду, у дітей 10-13 років – через підвищену сором'язливість і максималізм, притаманний препубертатному віку []. Такі реакції посилюються саме у дітей із вродженими дефектами щелепно-лицьової ділянки, оскільки вони різко знижують якість життя цих хворих і є передумовою до соціальної дизадаптації. Тому саме у таких дітей активація психоемоційної сфери перед оперативним втручанням може не тільки зменшити адекватність анестезії, а й призвести до запуску негативних психосоматичних реакцій, що клінічно реалізуються в ускладненнях анестезії [].

Метою даного дослідження став пошук напрямків оптимізації анестезіологічного забезпечення у дітей з вродженими дефектами щелепно-лицьової ділянки шляхом співставлення перебігу анестезії зі станом психоемоційної сфери пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. Було проведене клінічне спостереження та аналіз стаціонарних і наркозних карт 40 хворих 7-12 років, що були оперовані в плановому порядку в Полтавській дитячій міській клінічній лікарні в період з 2006 по 2007 роки: 20 з них мали вроджені дефекти щелепно-лицьової ділянки (основна група), 20 – оперовані з приводу варикоцеле, кил передньої черевної стінки чи крипторхізму (контрольна група)

За допомогою опитувального листа визначали психоемоційний фон хворого перед операцією [] і співставляли отримані дані із видом премедикації і анестезії, перебігом наркозного та післянаркозного періодів.

В післяопераційному періоді визначали інтенсивність післяопераційного больового синдрому за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати та їх обговорення. Хоча в дитячому віці характер лише формується, тим не менш можна визначити основні типи характеру. Розподіл їх по групах дослідження наведений в табл. 1.

Таблиця 1.

Характеристика груп дослідження за типами характеру

Група	Характер					
	інтраверт ований	екстраверт ований	некеров аний	неврасте нічний	сенсити вний	демонстра ційний
Основ на	7* (35%)	2* (10%)	1 (5%)	3* (15%)	6* (30%)	1 (5%)
Контро льна	4 (20%)	10 (50%)	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	2 (10%)

* - $\chi^2 > 3,84$; $p < 0,05$ порівняно із контрольною групою.

Як показано в табл. 1, у дітей з вродженими дефектами ЩЛД переважають акцентуації характеру інтравертованого ($\chi^2=9$), сенситивного ($\chi^2=14$) та неврастенічного ($\chi^2=18$) типу. Таким чином більшість цих пацієнтів схильні до замкнутості, сором'язливості і, внаслідок цього – до дратливості, швидкої виснажливості нервових реакцій.

Для опису емоційного стану дітей по відношенню до оперативного втручання їм було запропоновано обрати з дев'яти емоцій одну найбільш сильну. Результати опитування наведені у табл. 2.

Таблиця 2.

Характеристика емоційного стану дітей дослідних груп

Емоція	Основна група	Контрольна група
Радість	0	0
Цікавість	0	1
Подив	0	0
Страждання	2	1
Гнів	0	1
Огида	1	3*
Презирство	0	2
Страх	10	5*
Стид	7	6

* - $\chi^2 > 3,84$; $p < 0,05$ порівняно із контрольною групою.

Як свідчать дані табл. 2, переважна більшість пацієнтів основної групи відчувала емоції страху та сорому.

Співставляючи ці дані з результатами, наведеними в табл. 1, можна констатувати, що для дітей із патологією ЩЛД притаманне формування осередку інтровертованих психічних реакцій негативного напрямку. Формування такого осередку є одною з провідних причин виникнення психовегетативної дисфункції [].

Головні симптоми психовегетативної дисфункції проявляються з боку серцево-судинної системи (зокрема – це зміна частоти серцевих скорочень (ЧСС) і величини артеріального тиску (АТ)). Їх показники, виміряні при проведенні загального знеболення під час оперативного втручання наведені в табл. 3.

Як демонструють дані табл. 3, в контрольній групі показники гемодинаміки достовірно не відрізнялись від фізіологічної норми, в той час, як в основній групі під час операції чітко спостерігалась тахікардія.

При цьому показники ЧСС та АТ достовірно різнились порівняно із контрольною групою.

Таблиця 3

Показники артеріального тиску і частоти серцевих скорочень у дітей груп дослідження

Група досліджень	Систолічний АТ, мм. рт.ст.	Діастолічний АТ, мм.рт.ст.	ЧСС, ударів/хв.
Фізіологічна норма	100±6,7	67±7,0	84±7,3
Контрольна група	94,3±2,0	65,2±1,1	81,1±1,6
Основна група	111,2±2,0**	75,0±1,3**	101,2±0,8* **

* - $p < 0,05$ порівняно із фізіологічною нормою;

** - $p < 0,05$ порівняно із контрольною групою.

При оцінці больових відчуттів в післяопераційному періоді за шкалою ВАШ було встановлено, що в основній групі рівень болю був достовірно вищий і складав $4,5 \pm 0,1$ балів проти $3,3 \pm 0,2$ бали в контрольній ($p < 0,05$).

Зміни гемодинамічних параметрів під час анестезії і високий рівень болю в післяопераційному періоді у дітей з патологією ЩЛД свідчить про неадекватність анестезії внаслідок реалізації психовегетативних реакцій. Їх купування можливе як на етапі премедикації так і на етапі забезпечення анестезії. Однак, як показав аналіз наркозних карт, у дітей основної і контрольної груп здебільше застосовувались однакові схеми анестезіологічного ведення. Так, всім дітям незалежно від виду патології була призначена премедикація в складі атропіну та димедролу. Під час анестезії застосовувалась однакова схема анестезії: тіопентал натрію, фентаніл та кетамін.

Враховуючі отримані дані слід констатувати, що в дитячій анестезіології взагалі і в хірургії ЩЛД у дітей застосування «стандартних» схем премедикації і анестезії без урахування психо вегетативних реакцій можуть збільшити ризик наркозних і післянаркозних ускладнень та знизити адекватність анестезії. Оптимізація анестезіологічного забезпечення у дітей з патологією ЩЛД можливе шляхом розробки та впровадження індивідуалізованих схем премедикації і анестезії з урахуванням психосоматичних реакцій дитини.

Висновки:

1. Дітям із патологією ЩЛД притаманне формування осередку інтровертованих психічних реакцій негативного напрямку;
2. В операційному періоді у дітей з патологією ЩЛД спостерігаються гемодинамічні зрушення у вигляді тахікардії і тенденції до артеріальної гіпертензії, що може бути обумовлене психо вегетативною дисфункцією;
3. В післяопераційному періоді у дітей з патологією ЩЛД спостерігається підвищений рівень больових відчуттів;
4. Вибір методів премедикації і анестезії у дітей із патологією ЩЛД вимагає індивідуалізованого підходу з урахуванням психосоматичних реакцій.

Список літератури:

1. Анестезія та інтенсивна терапія в дітей: Навчально-методичний посібник / М.А. Георгіянц, Д.А. Шкурупій, В.І. Похилько, В.А. Корсунов. - Полтава-Харків: Техсервіс, 2006.- 310 с.
2. Общая психология / А.В. Петровский, А.В. Брушлинский, В.П. Зинченко и др.; Под. Ред. А.В. Петровского.- М.: Просвещение, 1986.- 464 с.

3. Пароксизмальна вегетативна недостатність: діагностика та лікування / Бережний В.В, Корнєва В.В., Козачук В.Г, Уніч Н.К та ін.- К.: СПД Коляда О.П, 2004.- 32 с.
4. Ткаченко П.И., Задоя Н.И. Акупрессура как способ премедикации при хирургическом стоматологическом вмешательстве у детей // Проблемы екології і медицини, 2005.- Т.9, №1-2.- С. 14-17.
5. Хижняк А.А., Межирова И.М., Фесенко В.С., Фесенко У.А. Показатели стресса при детских челюстно-лицевых операциях // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з дитячої анестезіології та інтенсивної терапії «Особливості болю у дітей та методи її лікування. Стандартизація невідкладної допомоги у дітей».- Дн-ськ: 2003.-С. 90-91.

Резюме. В статті обговорюється необхідність індивідуалізації схем анестезіологічного забезпечення у дітей з хірургічною патологією щелепно-лицьової ділянки з урахуванням психосоматичних реакцій.

Резюме. В статье обсуждается необходимость индивидуализации схем анестезиологического обеспечения у детей с хирургической патологией челюстно-лицевой области с учетом психосоматических реакций.