

POLOŽAJ BOLESNIKA KAO JEDAN OD FAKTORA U SUZBIJANJU SINKOPE U ORALNOJ HIRURGIJI

V. Obradović, A. Spasić

Sinkopa, odnosno trenutni i iznenadni gubitak svesti u stomatološkoj ambulanti najčešće nastaje u sedećem položaju pacijenata. Iskustvo je pokazalo da se bolesnik brzo vraća svesti ako se postavi u ležeći položaj. Ovo se odnosi na sinkopu nastalu usled straha i konsektivne hipotenzije tzv. vazodepresivnu sinkopu. Anamnestički podaci su od kapitalne vrednosti jer skoro uvek od ovakvih bolesnika dobijamo podatak da gotovo redovno doživljavaju sinkopu, u sedećem položaju. Ova činjenica nas je baš i navela na to da više obratimo pažnju na položaj bolesnika da bismo izbegli ili adekvatno sanirali nastalu sinkopu promenom položaja i što pre reanimirali pacijenta

J. G. Bourne (1957.—1973.) navodi da pozicija pacijenta sa izdignutom glavom u stomatološkoj stolici izaziva smanjenje cerebralne perfuzije u vidu epizode cirkulatorne depresije, koja na svu sreću ima erverzibilni karakter. Pozicija u stomatološkoj stolici koja se opisuje kao „sedeći položaj od 160°” ili kao „položaj od 70°” prema vertikalnoj osnovi predstavlja poziciju kod koje su pacijentova glava i ramena izdiguti za 20° prema horizontalnoj osovini. Vrlo je važno da se uoči prvi i najmanji prodromalni znak sinkope (kao što je izjava samog pacijenta da mu ležeći položaj. Zbog toga stomatološke stolice kod oralnih hirurga se vrti u glavi ili da nema daha) i pacijent odmah postavi u kako i hirurškoj sali, tako i na odeljenju ekstrakcije, treba da budu fiziološke da bi se što pre omogućilo postavljanje u ovaj položaj. Započeta hirurška intervencija je još jedan alarmantni znak da treba omogućiti horizontalni položaj u slučaju preteće sinkope da ne bi došlo do gubitka svesti do aspiracije stranog

sadržaja, zuba ili krvi, s tim što se samo glava pacijenta okrene na stranu. Deđutim, horizontalni položaj nije uvek položaj izbora u svim slučajevima hitnosti u stomatološkoj praksi.

Cilj oovga rada je ukazivanje na dve grupe pacijenata kod kojih je horizontalni položaj strogo kontraindikovan, a to su: „Pacijenti sa akutnom respiratornom slabošću kao što je napad bronhijalne astme i gravidne žene u drugoj polovini trudnoće”.

Kod akutne respiratorne slabosti kao što je napad bronhijalne astme položaj izbora u slučaju preteće ili nastale sinkope je sledeći: sa gornjim delom tela presavijenim prema kolenima i to tako da grudni koš ima oslonca (najčešće na podlacticama položenim preko nešto savijenih kolena), tako da su pektoralni mišići najaktivniji i mogu efektno da pomognu velikom naporu respiratorne muskulature. Ovaj položaj treba dobro da poznaje pomoćno osoblje i da pacijenta pridržava u ovom položaju, iako je on dosta neugodan za stomatologa, ali dozvoljava da se započeta intervencija završi, a istovremeno omogućava aspiraciju usne šupljine i prema potrebi i insuflaciju kiseonika.

Druga grupa pacijenata gde je horizontalni položaj kontraindikovan, predstavljaju trudnice u drugoj polovini trudnoće. U kasnijoj trudnoći, horizontalni položaj sam po sebi može da izazove stanje slično sinkopi, kada ozbiljna hipotenzija nastaje zbog smanjenog venoznog dovoda ka srcu, pritiskom gravidnog uterusa na područje venae cavae inferior. Ovo stanje je okarakterisano kao „ležeći hipotenzivni sindrom” (Brigden, Howarth and Shaprey 1950, Howard, Goodson and Nengert 1953.).

Ako pacijentkinja u drugoj polovini trudnoće doživi sinkopu u stomatološkoj stolici, njeno stavljanje u horizontalni položaj samo bi pogoršalo gubitak svesti i produžilo vreme oporavka. Ako je potrebno, ukazati pomoć zbog preteće ili nastale sinkope, pacijentkinju ćemo postaviti u lateralni položaj s tim što leži na horizontalnoj osnovi sa vrlo blagim uzdignutim gornjim delom tela. Ovaj lateralni položaj omogućava da se izbegne aspiracija želučnog sadržaja za vreme nesvestice, koji se često regurgitira u drugoj polovini trudnoće i u normalnom stanju. Gastritični sadržaj u trudnoći je jako acidan (kiseo) i inhalacija i najmanje količine ove mase može da izazove vrlo ozbiljan astmatični napad, tzv. MENDELSON'S sindrom (Mendelson 1946.). Lateralni položaj nam istovremeno omogućava aspiraciju stranog sadržaja, zuba i krvi pa čak prema ozbiljnosti slučaja insuflaciju kiseonika, jer je poznato da je plod u uterusu jako osetljiv na i najmanji nedostatak kiseonika. Sve ove radnje moraju da budu vrlo nežne, svaki pokret unapred predviđen da se pacijentkinji kao i plod ne povrede, ali brze i sigurne da što pre omoguće oporavak.

Naše iskustvo je pokazalo da postavljen u odgovarajući položaj posle 1—3 minuta bolesnik dolazi k svesti i objektivno nalazimo gotovo normalne vrednosti tenzije i pulsa (ukoliko su obe vrednosti pre intervencije bile registrovane). Ukoliko posle ovo-

ga vremena nema poboljšanja stanja dijagnoza nije adekvatno bila postavljena i treba preduzeti druge mere reanimacije.

Sada se postavlja drugo pitanje: da li posle oporavka pacijenta treba početu intervenciju nastaviti i kada? Naš stav je da započetu intervenciju treba dovršiti do kraja posle potpune reanimacije (kod nekoga je duža ili kraća) a ona bi se sastojala u sledećem: kod prve grupe dati pronchodilatore (Urbason, Aminofilin) i odbrooksigenirati pacijenta a kod druge grupe dobro oksigenirati pacijentkinju. Naravno, ovde je reč o pacijentima koji imaju saglasnost svojih lekara o potrebi i nužnosti oralno-hirurških zahvata.

Zaključak

Horizontalni položaj je najidealniji položaj za suzbijanje vazodepresivne sinkope u stomatološkoj ambulanti. Izuzetak čine pacijenti sa respiratornom insuficijencijom (asthma bronchiallae) i trudnice u odmakloj trudnoći. Anamnestički podaci su od velikog značaja a pomažu da samo stavljanjem pacijenta u određeni položaj begne nastajanje sinkope. Dobar timski rad oralnog hirurga, anesteziologa i pomoćnog osoblja, poznavanje reanimacionog metoda, omogućavaju da se mnoge neželjene posledice koje sinkopa može da prouzrokuje, spreče ili adekvatno i na vreme otklone.

Summary

Horizontal position is the ideal position in fighting vasodepressive fainting in Dental Practice. Exeption are patients with respiratory (bronchial asthma) and pregment womenin the second part of the preagnancy. Anamnestics are very important and help as to avoid vasodepressive fainting, placing the patient in definite position. Good team practice of the oral surgeon, anesteosiologis and nurses, knowlegle of the metods for reanimation, give apportunity to prevent many non lisching consequences, wh-ich fainting can cause.

Literatura

1. J. G. Hannington-Kiff: Fainting and callapse in Dental practice The Dental practitioner, septembar 1969. godine.
2. James M. Bell: Clinical Dental Anaesthesia, 1975.
3. Sterling V. Mead: Anaesthesia in Dental Surgery, 1951.
4. III kongres anesteziologa Jugoslavije, Zbornik radova 1977.
5. W. D. Wylie and H. C. Churchill-Davidson A. Practice of Anaesthesia, 1961.