II Міжнародна науково-практична конференція «Strategic development of science and education: modern paradigms», 14-16 вересня 2026 р., Більбао, Іспанія

Медицина

ПРОБЛЕМИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОПІАТНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Романюта Інна Анатоліївна,
кандидат медичних наук, доцент,
inna.romanyuta@gmail.com.

Єхалов Василь Віталійович,
кандидат медичних наук, доцент,
sesualiy@gmail.com
Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна

Сучасні дані свідчать про те, що фізіологічна опіатна залежність та звикання зустрічаються рідше у ретельно відібраних та контрольованих пацієнтів, хоча ризик зростає за наявності психологічної супутньої патології, попереднього неконтрольованого вживання психоактивних речовин або несприятливих соціальних детермінант здоров'я [1].

Хронічне вживання опіоїдів стало значною проблемою громадського здоров'я, оскільки значна кількість людей вживає опіоїди з реакреційною метою або покладається на них для лікування хронічного болю. У людей, які хронічно вживають опіоїди, може розвинутися толерантність до препаратів, що потребує вищих доз для досягнення того ж самого рівня знеболення, що в таких випадках може створювати додаткові труднощі для анестезіологічного контролю.

Окрім відомих ризиків, що пов’язані із передопераційним зловживанням опіоїдами, лікування болю в періопераційному періоді може бути надзвичайно складним, оскільки ці пацієнти схильні до розвитку толерантності, опіоїдної гіпералгезії та високих балів післяопераційного болю, що вимагає значно вищих доз опіоїдів порівняно з пацієнтами, які їх не вживали. Внаслідок підвищеної потреби в опіоїдах, ці пацієнти мають підвищений ризик періопераційних ускладнень, включаючи, але не обмежуючись, надмірну седацію, пригнічення дихання та збільшення тривалості перебування в лікарні та матеріальних витрат [2].

Хронічне вживання опіоїдів може суттєво впливати на реакцію пацієнта на анестезію та змінювати фармакокінетику й фармакодинаміку різних

анестетиків. Взаємодія між опіоїдами та анестетиками може призвести до потенційної взаємодії ліків, що впливає на ефективність та безпеку анестезії. Важливо пам'ятати, що реакція кожного пацієнта на опіоїди може відрізнятися, а деякі люди можуть відчувати певні ефекти інтенсивніше, ніж інші [3].

Анестезія для забезпечення екстрених втручань в стоматології може бути використана в тих пацієнтів, хто потребує термінових інвазивних процедур. Можливий енергодефіцит через хронічне недоїдання здатен призвести до гіпопротеїнемії та збільшення вільної фракції пов'язаних з білками медикаментів. При індукції в наркоз артеріальна гіпотензія є поширеним ускладненням з причини одночасної дегідратації та гіповолемії. Існуючий електролітний дисбаланс підлягає корекції. У періопераційному періоді може знадобитися ретельне титрування препаратів, оскільки такі пацієнти часто страждають від гіпопротеїнемії. Хворі, яким планується втручання, можуть бути опіоїдозалежними, перебувати в різних схемах відміни (метадон), або на програмі чистих антагоністів для стримання. Окрім підвищеної періопераційної потреби в анальгетиках, ускладнений внутрішньовенний доступ створює неабияку проблему, в таких випадках катетеризацію вен треба виконувати під ультразвуковим контролем. Опіоїдозалежні пацієнти під час переднаркозного огляду можуть надавати хибну інформацію. Деяким з них може знадобитися рання психіатрична консультація з причини ажитації, тривожних станів або депресії. Пацієнти можуть підпадати під синдром Мюнхгаузена, тому необхідно вживати запобіжних заходів, аналогічних для пацієнтів із повним шлунком. Слід вживати універсальних запобіжних заходів, оскільки не виключається приховане інфікування пацієнтів гепатитом В або ВІЛ [4,5].

Мультимодальний підхід до знеболення повинен бути реалізований шляхом поєднання опіоїдів й інших знеболювальних препаратів для впливу на різні канали болю. За потреби доцільно застосування регіональної анестезії для потенціювання внутрішньоопераційного та післяопераційного контролю болю [3].

Обтяжливий вплив опіатів під час проведення анестезії при стоматологічних втручаннях складає значну анестезіологічну проблему. У цих пацієнтів може спостерігатися зниження ефективності місцевих анестетиків, а застосування опіоїдів може приховати зубний біль. Все це може сприяти тому, що вживач зілля звертається за стоматологічною допомогою лише тоді, коли відчуває сильний біль, а згодом захворювання зубів прогресує. Місцева інфільтраційна аналгезія, міжфасціальна блокада та провідникова анестезія суттєвого полегшують біль для уникнення або обмеження доз опіоїдів. Рекомендується використання місцевих анестетиків з допоміжними засобами для забезпечення тривалого контролю післяопераційного болю. Щоб уникнути системної токсичності перевага надається ропівакаїну. При введенні великої дози локальних анестетиків застосування адреналіну є доцільним, але в схильних осіб можлива небезпека псевдоепілептичного нападу [6].

Подальше лікування залежить від варіанту запланованої анестезії, яка може бути як опіоїдною, так і неопіоїдною. Деякі пацієнти для лікування опіоїдної залежністю можуть вживати препарат із пролонгованим вивільненням опіоїдного антагоніста налтрексону, який призначають у вигляді щомісячних ін'єкцій. Налтрексону гідрохлорид близький до потужного опіоїдного антагоністу налоксону. Він призначається перорально по 50 мг, зв'язується з опіоїдними рецепторами в ЦНС та конкурентно пригнічує дію опіоїдних препаратів (як моноагоністів, так і агоністів/ антагоністів) та ендогенних опіоїдів. При обранні мультимодального режиму з неопіоїдною аналгезією налтрексон можна безпечно продовжувати надавати до дня операції та після неї. Парацетамол застосовують внутрішньовенно в дозі 30 мг/кг, кеторолак – по 30 мг внутрішньовенно кожні 6 - 8 годин. Дексаметазон значно зменшує потребу в післяопераційному введені опіоїдів та призначається в дозі 0,2 мг/кг на початку втручання. Внутрішньовенне введення лідокаїну знижує дози опіоїдів майже на третину в порівнянні із плацебо, коли післяопераційна інфузія триває близько 1 години, і на 83% – при цілодобовій інфузії. Застосування кетаміну рекомендується в навантажувальній дозі 0,2 - 0,4 мг/кг з переходом на безперервну інфузію 0,2 мг/кг/год. до закінчення операції. Магнію сульфат суттєво зменшує періопераційні та післяопераційні дози опіоїдів. Доза навантаження складає 40 мг/кг, доза підтримання - 10 мг/кг/год. Агоніст *α-2*-адренорецепторів клонідин застосовують в дозі навантаження 0,3 мкг/кг внутрішньовенно із переходом на інфузію зі швидкістю 0,3 мкг/кг/год. (можливість розвитку артеріальної гіпотензії та сонливості). Бічними ефектами *α-2*-адренергічного високоселективного агоніста дексмедетомідину є сонливість та брадикардія. *β*-блокатор короткої дії есмолол спричиняє значне зменшення післяопераційного болю до 3 діб. Для зняття гострого болю призначають мінімальні ефективні дози опіоїдів негайного вивільнення до 3-х діб. До складу мультимодальної анестезії доцільно включити габапентин чи прегабалін (150–300 мг/добу). Комбінація НПЗП та парацетамолу в опіатозалежних осіб краще забезпечує післяопераційне знеболення, ніж кожен з цих препаратів окремо [7,8].

Якщо планується анестезія на основі опіоїдів, прийом налтрексону слід припинити принаймні за 24 - 72 години до операції, а потім відновити через 5 - 7 днів, оскільки в проміжний період слід застосовувати неопіоїдні анальгетики. Якщо налтрексон продовжують призначати, доцільніше уникати інтраопераційного введення опіоїдів для запобігання розвитку синдрому відміни або інших бічних реакцій [5].

Якщо пацієнт перебуває в режимі відміни (включений до програми підтримуючої терапії метадоном), її слід дотримуватися до дня операції. В осіб, які приймали метадон, категорично протипоказане призначення налбуфіну. Бупренорфін, витісняючи метадон з опіатних рецепторів, сприяє розвитку тяжкого абстинентного синдрому. При призначенні бупренорфіну на тлі попереднього лікування метадоном спричиняється високий ризик для життя та виникає небезпека розвитку інсульту. Періопераційне лікування пацієнтів із опіоїдною залежністю починається з передопераційного введення щоденної

підтримуючої або базової дози опіоїдів перед анестезії. Пацієнтів слід проінструктувати щодо прийому звичайної дози перорального опіоїду вранці після операції [9].

У зловживаючих опіоїдами осіб формується толерантність до знеболюючих препаратів, що може утруднити лікування зубного болю. Доцільно використовувати НПЗП (напроксен, ібупрофен). Пацієнт, який пройшов курс лікування від наркозалежності, при необміркованому призначенні опіатного анальгетика може повернутися до зловживання опіатами [10].

Опіоїдозалежні особи асоціюються із ризиком толерантності, тому є необхідною потужна премедикація, до якої рекомендується включати анксіолітики та бупренорфін, щоб пацієнт не страждав від опіоїдного голоду з розвитком абстиненції. Краще уникати змішаних опіоїдних агоністів-антагоністів, таких як буторфанол, налбуфін, трамадол або пентазоцин у пацієнтів на режимі відміни опіоїдів, оскільки вони можуть спровокувати гостру реакцію відміни опіатів. Якщо обрано режим анестезії на основі опіоїдів, то слід пам’ятати, що їх доза має бути збільшена на 50 - 100%. Опіоїдна терапія у пацієнта, який надходить до лікувального закладу після тривалої абстиненції або успішної відміни опіоїдів, може викликати перебільшену реакцію та призвести до затримки відновлення після анестезії або тривалого пригнічення дихання, що буде вимагати післяопераційної вентиляційної підтримки. У той же час, неадекватне дозування анальгетика може знову активувати наркозалежність у абстинентних пацієнтів. Тому перевагу надають швидкодіючим опіоїдним анальгетикам, таким як реміфентаніл (інфузія), суфентаніл, альфентаніл або фентаніл, які мінімізують тривалість пригнічення дихання. Після цього пацієнт повинен утримуватися від опіоїдів протягом 3 - 5 днів перед поновленням лікування налтрексоном в залежності від тривалості вживання опіатів та періоду їх напіввиведення. Можна розпочати лікування анальгетиками, яке може включати парацетамол, НПЗП (диклофенак), місцеві анестетики за допомогою контрольованої пацієнтом аналгезії або спеціального пластиру, щоб забезпечити аналгезію без опіоїдів у післяопераційному періоді. Інгібітори циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), такі як целекоксиб, рофекоксиб або еторикоксиб, можна розглядати для використання в пацієнтів із ризиком кровотечі, нирковою недостатністю та підвищеною подразливістю шлунка. Ацетамінофен можна використовувати до 4 г на добу. При наявності показань стоматологом має бути призначена протигрибкова терапія. В залежності від розповсюдженості процесу використовується деескалаційна антибіотикотерапія [7,10].

Ведення пацієнтів, які хронічно приймають опіоїди та перебувають під анестезією, створює унікальні труднощі, що вимагають продуманого та індивідуалізованого підходу. Анестезіологи повинні бути добре поінформовані про опіоїдний анамнез пацієнта, толерантність до опіоїдів, супутні захворювання, потенційну лікарську взаємодію та будь-які попередні ускладнення, що пов'язані з вживанням опіоїдів, щоб розробити безпечний та ефективний план анестезії. Використання методів, що обмежують опіоїди, мультимодальної аналгезії та постійного моніторингу може допомогти

зменшити побічні ефекти, пов'язані з опіоїдами, та покращити лікування болю в періопераційному періоді. Передопераційна оцінка має вирішальне значення для виявлення потенційних ризиків та планування плану анестезії. Інтраопераційний догляд включає ретельний моніторинг життєво важливих показників, стану дихання та рівня опіоїдів для запобігання таким ускладненням, як пригнічення дихання, ожиріння та центральна сенсибілізація. Перехід до післяопераційного догляду вимагає постійного лікування болю з акцентом на титрування та відлучення від опіоїдів, враховуючи індивідуальні потреби та фактори ризику пацієнта. Завдяки інтеграції заснованих на доказах практик та використанню орієнтованого на пацієнта підходу, анестезіологи можуть зменшити ризики, підвищити безпеку пацієнтів та сприяти позитивним стоматологічним результатам у цій складній групі пацієнтів [3].

Список літератури

1. Cordero-Pérez FJ, Pérez-Baena MJ, Pina-Ruviralta N, Fernández-Testa A, Holgado-Madruga M. Optimizing Opioid Use in Pain Management: A Comprehensive Review of Clinical Benefits, Risks, and Dependence. *Healthcare*. 2026; 14(4):457. doi: https://doi.org/10.3390/healthcare14040457.

2. Burns SL, Majdak P, Urman RD. Perioperative and Periprocedural anesthetic management of opioid tolerant patients and patients with active and medically treated opioid use disorder. Curr Opin Anaesthesiol. 2022 Aug 1;35(4):514-520. doi: 10.1097/ACO.0000000000001157.

3. Gupta B, Mishra P, Gupta A, et al. Anaesthetic Considerations and Implications in Patients with Chronic Opioid Use. Journal of Onco-Anaesthesiology and Perioperative Medicine. 2024:1 (1): 15-22. doi: https://doi.org/10.4103/JOAPM.JOAPM_2_23.

4. Kravets OV, Yekhalov VV, Sedinkin VA, Lavrova HI. Fever in Munchausen syndrome. Ukrainian Medical Journal. XII 2024; 8 (166):105-109. doi:10.32471/umj.1680-3051.166.256787.

5. Larach DB, Hah JM, Brummet CM. Perioperative opioids, the opioid crisis, and the anesthesiologist. Anesthesiology. 2022;136:594-608. doi: 10.1097/ALN.0000000000004109

6. Goel A, Lamba W. Nothing about us without us: A solution to iatrogenic perioperative morbidity and mortality in people who use drugs. Anesthesia and Analgesia. 2023;137:470. doi: 10.1213/ANE.0000000000006571.

7. Ruiz FJ, Warner NS, Acampora G, Coleman JR, Kohan L. Substance use disorders: Basic overview for the anesthesiologist. Anesthesia and Analgesia. 2023;137:508-520. doi: 10.1213/ANE.0000 000000006281.

8. Baumgartner K. Doering M, Mullins ME and on behalf of the Toxicology Investigators Consortium. Dexmedetomidine in the treatment of toxicologic conditions: A systematic review and review of the toxicology investigators consortium database. Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.). 2022;60(12):1356-1375. doi: 10.1080/15563650.2022.2138761

9. Kohan L, Potru S, Barreveld AM, et al. Guidelines for the use of buprenorphine for opioid use disorder in the perioperative setting. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2021;46:860-861. doi: 10.1136/rapm-2021-103092.

10. Yekhalov V, Kravets O, Romaniuta I, Shynkarenko M. Maxillofacial lesions in opiate addiction (scientific and literature review). Emergency medicine (Ukraine).2022;18(6):14-22. Ukrainian. doi: https://doi.org/10.22141/2224-0586.18.6.2022.1516.