

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА  
СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ  
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

**Наркоз і засоби для його  
проведення при наданні  
стаціонарної та  
амбулаторної допомоги.  
Ускладнення**

**Лектор доц. Бережна О.Е.  
Полтава 2020**

# Актуальність:

- Знеболення в стоматологічній практиці це дуже важливий етап у лікуванні. Без нього не проводиться практично жодної стоматологічної маніпуляції. Але це і один із найнебезпечніших етапів лікування, тому що потребує знань не тільки з топографії певної ділянки та методики проведення, а необхідно мати знання і з фармакології, фізіології терапії, педіатрії тощо. Проведення знеболення має дуже багато особливостей анатомічних, фізіологічних, вікових. Також має багато протипоказань. Тому вивченню знеболення в стоматології треба приділяти особливу увагу.



# План

- Види знеболювання
- Загальне знеболення в поліклінічних умовах.
- Ускладнення при загальній анестезії.
- Потенційований наркоз.

# За місцем дії на нервову систему розрізняють наступні види знеболення:

- загальне знеболювання;
- спинномозкова анестезія;
- епідуральна анестезія;
- провідникова анестезія;
- ромбоподібна анестезія;
- місцеве знеболювання.



# Захист організму від агресії, тобто нормалізації або стабілізації функції вегетативної нервової системи.

- Існують різні види агресії: психологічна (страх перед агресією, очікування болі, невпевненість в успішному завершенні втручання), травматична (біль, крововтрата), бактеріальна (інфікування та мікробне забруднення) і токсична (результат всмоктування продуктів тканинного і бактеріального розпаду, бактеріальних ядів, хімічних продуктів при введенні медикаментозних середників і ін.). Захист організму від агресії може бути забезпечений в тій або іншій мірі ефективним знеболенням, оптимальними умовами газообміну, збереженням електролітного балансу, зниженням психотропних і вегетотропних реакцій, поверхневим наркозом, адекватним кровозаміщенням, дезінтоксикаційною терапією та ін.

# Наркоз

- Наркоз - штучно викликаний стан, що характеризується зворотньою втратою свідомості, больової чутливості, пригніченням деяких рефлексів.
- Для досягнення ефекту наркозу використовують фармакологічні речовини, які по силі наркотичної і анальгезуючої дії можуть бути поділені на 3 види:
- - сильні наркотики і слабкі анальгетики (гексенал та інші барбітурати),
- - слабкі наркотики та сильні анальгетики (закис азота),
- - сильні наркотики, виражені анальгетики (фторотан, ефір).
- Міорелаксація - зниження тонуусу скелетної мускулатури із зменшенням рухової активності аж до повного знерухомлення в умовах обов'язкового забезпечення штучної вентиляції легень.





В стоматологічній практиці розрізняють три основних вида знеболення

- місьцеве;
- загальне;
- комбіноване;





- Місцева анестезія - це знеболення операційного поля при збереженні свідомості хворого.
- Під загальним знеболенням мають на увазі втрату свідомості; якщо воно досягається використанням одного наркотика, то називається однокомпонентним наркозом.
- Під комбінованим знеболенням (багатокомпонентний наркоз) мають на увазі не тільки послідовне використання різноманітних наркотичних речовин, але і їх поєднання з міорелаксантами, анальгетиками, гангліоблокуючими речовинами.



За способом введення наркотичної речовини в організм хворого розрізняють:

- інгаляційний
- неінгаляційний наркоз.

- Інгаляційний наркоз досягається шляхом вдихання парів легких наркотичних речовин або наркотичних газів,
- Неінгаляційний наркоз здійснюється введенням анестетика підшкірно, внутрішньом`язево, внутрішньовенно.
- Існують і інші види наркозу, наприклад - електронаркоз. Він досягається дією на центральну нервову систему електричним струмом.





# Загальне знеболення в поліклінічних умовах

- Показанням до загального знеболення в умовах поліклініки - психоемоційна лабільність хворого, або ідіосинкразія до анестезуючих препаратів.
- Застосування загального знеболення в поліклінічних умовах протипоказано у хворих пневмонією, при катарі верхніх дихальних шляхів, затрудненим носовим диханням, гострих захворюваннях печінки, декомпльсованому діабеті і у всіх випадках, коли об`єм оперативного втручання виходить за межі амбулаторних можливостей або загальний стан хворого виключає його проведення в поліклінічних умовах.



- Перед застосуванням наркозу необхідно переконатись в тому, що хворий з`явився натще або в крайньому випадку приймав їжу не менше 3-4 год. назад. Попередньо повинен бути спустошений сечовий міхур, з порожнини рота необхідно зняти знімні протези. Лікар повинен зібрати анамнез, поміряти артеріальний тиск, визначити характер і частоту пульса, провести дихальні проби. В процесі підготовки хворого до планової операції за 1-2 дні до її початку йому можуть бути призначені малі транквілізатори.

- Головна вимога, яка стосується засобів знеболення в умовах поліклініки, - швидкість дії препарата і швидке пробудження хворого після припинення наркозу. Цим пояснюється той факт, що в амбулаторній практиці широко застосовують закис азоту в суміші з киснем. Однак, враховуючи, що при застосуванні цього препарату неможливо досягти необхідного розслаблення жувальних м'язів, дію закису азоту підсилюють фторотаном. Крім того, в якості інгаляційних анестетиків застосовують трихлоретилен (трилен) і метоксифлуран (інелан, пентран). Як неінгаляційні анестетики можуть бути використані пропамідид(самбревін), кетамін (кеталор), дроперідол, діазепам (седуксен), фентаніл (сентоніл), пентазоцим (лексір (В), фортрал), а також їх комбінації.





# Ускладнення при загальній анестезії.

- Основною перевагою інгаляційного наркозу, який використовується в поліклінічних умовах, перед неінгаляційним, зокрема перед внутрішньовенним, являється добра керованість і можливість регулювати його глибину. При використанні інгаляційного наркозу в умовах добре оснащеного анестезіологічного відділення і при наявності бригади висококваліфікованих анестезіологів ризик розвитку ускладнень невеликий
- Значно частіше ускладнення під час наркозу зустрічаються при використанні фармакологічних препаратів для внутрішньовенного введення, так як жоден з існуючих препаратів в повній мірі не відповідає вимогам. Найбільш важке ускладнення - зупинка серця, як результат передозування наркотика, захворювання серцево-судинної системи і т.д.



- Ознаки зупинки серцевої діяльності: відсутність пульсу на крупних артеріях, різка блідість шкірних покривів і слизових оболонок, розширення зіниць, відсутність серцевих тонів, припинення дихання. При розвитку цього ускладнення негайно припиняють введення наркотичної речовини, проводять внутрішньовенні або внутрішньосерцеві ін'єкції серцевих препаратів: 1 мл адреналіна (в 10 мл ізотонічного розчину NaCl або 0,5% розчину новокаїну), одночасно здійснюють штучну вентиляцію легень і зовнішній масаж серця.
- 
- Пригнічення і зупинка дихання (асфіксія, апное), можуть виникнути в результаті передозування наркотика (наприклад фторатан), параліч дихального центру - ларингоспазм - є наслідком западання язика, попадання в дихальні шляхи блювотних мас і т.ін.
- Перші ознаки асфіксії - ціаноз, потемніння крові в рані. При їх появі необхідно негайно зупинити проведення наркозу, зняти маску, очистити порожнину рота, перевірити прохідність дихальних шляхів, дати хворому кисень і приступити до штучної вентиляції легень.
- Рвота, як правило, - результат неправильної підготовки хворого до наркозу. При рвоті виникає загроза затікання блювотних мас в дихальні шляхи, що приводить до задухи під час операції, і розвитку аспіраційних пневмоній в післяопераційний період. При виникненні рвоти необхідно негайно припинити подачу газонаркотичної суміші, зняти маску, відкрити рот хворого, повернути його голову набік і ретельно очистити порожнину рота марлевими салфетками.

# Потенційований наркоз.

- Потенційований наркоз - це вид наркозу, при якому основна наркотична речовина вводиться на фоні дії попередньо введених фармакологічних препаратів, що володіють особливістю викликати перерив імпульсів в різних відділах нервової системи. Завдяки дії цих препаратів наркоз можливий при незначній дозі наркотичної речовини.



- При потенційованому наркозі застосовують нейролептичні препарати, в основному похідні фенотіазину у вигляді "літичних сумішей".
- Методика застосування і дози препаратів індивідуальні.
- Найбільш поширена наступна методика:
- напередодні операції, на ніч, хворі отримують снодійне - 0,1 г. фенобарбіталу або 0,1 г. етамінал 0,025 г. аміназину, 0,025 г. етазину. Це забезпечує спокійний сон. За 30-45 хв. до операції вводять суміш наступного складу: 2мл 2,5% розчину аміназину (50мг.), 2мл 2,5% розчину діпразилу (50мг), 2мл 5% розчину глюкози, вводять повільно, протягом 15-18 хв. В залежності від показань суміш можна вводити під час операції. Вказану дозу розводять в 200 мл 5% розчину глюкози і вводять краплинно.

# Переваги потенційованного наркозу

- -зменшується розхід наркотиків і їх токсичний вплив на організм;
- -знижуються надлишкові патологічні реакції організму, що попереджує розвиток шоку;
- - зберігаються енергетичні ресурси організму, що забезпечує сприятливе протікання післяопераційного періоду.



# Негативний бік потенційованого наркозу:

При великій дозі і невмілому користуванні, препарати можуть зняти фізіологічні компенсаторні реакції, тому їх не можна застосовувати при вже розвинутому шоці.

При гострих запальних процесах в черевній порожнині до встановлення діагнозу "літичні суміші" вводити не можна, так як вони спотворюють клінічну картину.

# Нейролептаналгезія (НЛА).

- НЛА - метод загального знеболення, що досягається в результаті введення в організм різних поєднань нейролептичних препаратів (дегідробензоперідол) і потужних анальгетиків (фентаніл).
- Стан нейролептаналгезії характеризується втратою больової чутливості (аналгезія) і втратою психічної активності аж до втрати свідомості (нейролепсія).
- На відміну від нейролепсії НЛА легко керується, препарати не мають побічної дії.
- В даний час метод НЛА застосовується в поєднанні з наркозом, місцевою анестезією, рідше - в чистому вигляді.



# Рекомендована література:

- 1. Дубровина Е.В. Местная анестезия в стоматологии. Атлас.- Полтава, 2010.-487с.
- 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой.- М.,2000.-772 с.
- 3. А.А.Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- 4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,2004.- 1062с.
- 4. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. - Киев, Здоров'я, 1983.-С. 43-50.
- 5. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Витебск,1998.- С. 13-46.
- 6. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в стоматологии.- Книга Плюс, 2001.- 250с.
- 7. Муковозов В.А. Общая анестезиология и реанимация в хирургической стоматологии.- М.,1972.- 238с.
- 8. Митченко В.І, Панькевич А.І. Пропедевтика хірургічної стоматології. Вінниця: «НОВА КНИГА», 2004.-270 с.
- 9. Скрипникова Т.П., Богашова Л.Я. Причины малоэффективного обезболивания //ДентАрт.-№1.- 2001.-С.15-18.
- 10. Стош В.И., Рабинович С.А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии - М.: МЭД



Дякую за увагу!