



Московский
Государственный
Медико-
Стоматологический
Университет

DENTALEXPO®

**10-12
ФЕВРАЛЯ
2014**

D E N T A L



R E V I E W

11-й Всероссийский стоматологический форум

ДЕНТАЛ-РЕВЮ

ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

СБОРНИК ТРУДОВ

XI Всероссийской
научно-практической конференции
«ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ»

10-12 февраля 2014
Москва

Во второй серии на теплокровных животных (кроликах) нервно-мышечный препарат изготавливали следующим образом. Под внутривенным наркозом тиопентала натрия и калипсола удаляли волосяной покров с внутренней поверхности в области бедра, проводили разрез кожи и выделяли сосудисто-нервный пучок. Исследование проведено с помощью нервнестимулятора фирмы В. Braun. К нерву подводили один из электродов, а другой фиксировали на внутренней поверхности противоположной задней лапки, предварительно удалив волосяной покров. В начале исследования действия анестезирующих препаратов устанавливали амплитудно-временные характеристики электрического тока порогового раздражителя (минимальная сила раздражителя способная вызвать возбуждение). Контроль осуществлялся по визуальной оценке начала минимального сокращения мышц задней конечности кролика в ритме подачи стимулов от электростимулятора. В данном случае частота была выбрана в 2 Гц. Пороговые величины (минимальные) составили при длительности импульса тока стимуляции в 0,1 мс диапазон в пределах 1,63-1,69 мА. После установления показателей порогов раздражения проводили инъекцию в мышцу у нерва раствором анестетика Ультракаин в разном разведении (1%, 2%, 4%). Объем анестетика, который вводили для всех опытов составлял 0,5 мл. После введения анестетика сокращения прекращались. Далее проводили контрольные проверки ответа мышцы на раздражение нерва пороговой величины и с прогрессирующим увеличением амплитудных параметров стимуляции через 1, 3, 5, 10, 15, 30 минут.

После введения анестетика животным всех групп отсутствие ответа на раздражение наблюдалось на 5 минуте. Порог раздражения увеличивается во всех группах, так в первой и второй группе он на третьей минуте после анестезии примерно одинаков (2,4 мА и 2,38 мА). Таким образом, порог раздражения увеличивается во всех опытах, т.е. при тех же значениях частоты и продолжительности увеличивается значение амплитуды для получения минимальных сокращений.

Примененный метод исследования позволяет нам выявить оптимальную концентрацию анестетика, без снижения обезболивающего эффекта. Так, при уменьшении концентрации в два раза (2%) порог возбудимости при раздражении после анестезии почти не отличается от исходной (4%), только меняется время появления признаков обезболивания.

Выводы:

1. Установлено, что даже минимальные концентрации анестетика (Ультракаин Д-С) – 0,25%, 0,5% вызывают полное прирывание электропроводимости нерва (обезболивание).
2. Уменьшение концентрации Ультракаина при проводниковом обезболивании в сочетании с седацией может позволить эффективно проводить оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области.

Малаховская А.А., Шувалов С.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра
хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

Будущая операция, даже кратковременная, у любого больного вызывает тревогу и напряжение, что может само по себе влиять на состояние организма, без оперативного вмешательства. Эмоциональная реакция изменяет уровень нейровегетативных и гуморальных регуляторных процессов, ухудшает течение анестезии и состояние больного в послеоперационном периоде (Кобеляцкий Ю.Ю., 2007; Полушин Ю.С., 2003; Sharma M., 2006). Уменьшение напряженности психоэмоционального стресса позволяет примерно на 50 % снизить потребность в анальгетиках после операции (Бараш Дж., 2004; Рабинович С.А., 2002). Не устраненная предоперационная тревога может привести к значительному обострению болевых ощущений и повышенному выбросу стресс-гормонов.

К сожалению, на психоэмоциональное состояние человека редко обращают внимание, что приводит к отказу части пациентов от посещения стоматолога. И когда такие пациенты вынуждены все же прийти к стоматологу с очень плохим состоянием полости рта, вмешательство без коррекции психоэмоционального состояния, то есть без седации, часто приводит к серьезным последствиям, таким как гипертонический криз или стенокардия.

Американское объединение анестезиологов (ASA), выделяет несколько уровней седации: минимальную седацию (анксиолизис), поверхностную седацию (седация в сознании), среднюю, глубокую седацию и общее обезболивание (Заболотский И.Б., Песняк Е.В., 2007).

В отличие от общего обезболивания, при седации сохраняются защитные рефлексы верхних дыхательных путей и самостоятельное дыхание.

Седация (от лат. Sedatio – успокаивать) – технология, сочетающая комплекс мер, направленных на успокоение и расслабление пациента в ходе лечения. Процедура седации в сочетании с местной анестезией – это безопасная альтернатива наркоза.

В большинстве случаев предоставления любых видов стоматологической помощи пациентам достаточно не отключение сознания, а просто состояние расслабленной успокоенности, характеризуется отсутствием чувства страха и эмоциональной невосприимчивости. Нет никакой потребности полного выключения сознания пациента, так как введение препаратов для седации приведет не только к полному успокоению, но и часто к частичной или полной потере памяти о том, что происходило во время вмешательства.

Еще одним доводом в пользу поверхностной седации является то, что при глубокой седации или наркозе часто возникают произвольные движения пациентов, которые, как правило, мешают точности выполнения манипуляции в полости рта. Считается, что при угнетении сознания, тактильная чувствительность может восприниматься больным как болевое раздражение (аллодиния), отчего возникает рефлекс «защиты», который проявляется психомоторным возбуждением.

Правильно подобранные ингредиенты премедикации и седации должны обеспечивать угнетение сознания, торможение эмоциональных реакций и осуществлять нейровегетативную блокаду. Субъективно это состояние мы оценивали по шкале Ramsey at all. (1974). А именно: I – пациент не спит, беспокойный, взволнованный и / или нетерпеливый, II – пациент не спит, ориентированный, сотрудничает с врачом; III – пациент в сознании, но реагирует только на команды; IV – пациент спит, но быстро реагирует на прикосновение или громкий звук; V – пациент спит, медленно и вяло реагирует на звуки и тактильные стимулы; VI – пациент спит и не реагирует на команды.

Нами предлагается следующая схема премедикации и седации, включающая НПВП: 1) декскетопрофен трометамол 50 мг в/м (за 40 минут до операции), 2) атропин 0,1 % – 0,5 мг/кг п/к (по 40 минут), 3) диазепам 0,3 мг/кг в/м (по 30 минут), 4) димедрол 0,5 мг/кг в/м (по 30 минут). Все препараты вводятся в отдельных шприцах. Разница во времени введения препаратов связана с особенностями их фармакодинамики. Для введения препаратов премедикации нами был выбран внутримышечно и подкожный способ введения, поскольку он наиболее простой, удобный и безопасный. Внутримышечный метод не вызывает глубокого торможения.

После проведенной премедикации совместно с анестезиологом выполняется внутривенная седация раствором кетамин в дозе 0,3-0,5 мг/кг, поскольку именно такая доза обладает гипнотическим действием. По шкале Ramsey пациенты находились в IV уровня седации, а именно пациент спит, но быстро реагирует на прикосновение или громкий звук.

Кроме того, проводили постоянный мониторинг артериального давления, пульса, ЭКГ, сатурации. Показатели гемодинамики не выходили за пределы стресс-нормы, свидетельствует об адекватности обезболивания.

Такая схема альтернативного обезболивания (премедикация, седация и проводниковое обезболивание) была применена у 26 больных с гнойно-воспалительными процессами нижней трети лица и верхней трети шеи, опухолями и травмами нижней челюсти.

С целью поверхностной седации у 6 пациентов с гнойно-воспалительными процессами и опухолями вводили сибазон – 0,1 мг/кг внутривенно. Общий объем инфузии составлял 400-600 мл физиологического раствора.

Таким образом, данные методики являются одним из видов внутривенной седации. Предложенные нами способы коррекции психоэмоционального состояния и дальнейшего введения малых доз раствора кетамин, сибазон являются эффективным методом среднего и поверхностного уровня седации пациента, позволяют в комбинации с проводниковым обезболиванием проводить объемные хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области.

Осман Б.М., Бедретдинов Р.М., Брайловская Т.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРЕЗОРБИРУЕМЫХ МЕМБРАН НА ОСНОВЕ ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России

Оптимизация хирургических методик, направленных на увеличение объема костной ткани в челюстно-лицевой области, позволяет преодолеть существенные ограничения в использовании дентальных имплантатов, связанные с недостаточным объемом костной ткани в местах их установки.

За период 2012-2013 годы проведена установка биорезорбируемых мембран на основе полимолочной кислоты 11-ти пациентам отделения клинической и экспериментальной