



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ
ОБЛАДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНИХ ПИТАНЬ
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ

**міжнародної науково-практичної
конференції**

**"ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ
ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВІЙ ХІРУРГІЇ"**

30 – 31 жовтня 2009 року



Харків 2009

Література:

1. Куцевляк В.И., Фесенко У.А., Любченко А.В., Одушкіна Н.В. Местная анестезия в стоматологии. Харьков. «Фармитек», 2008, 100с.
2. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической клиники. Москва. ГОУ ВУМНЦ МЗ РФ, 2002. 144с.

УДК: 616.311.2-002.2-053.2: 616.3: 546.175

Кузняк Н.Б.

Проблема болю та знеболення при травматичних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

Основна мета вирішення даної проблеми – розробка комплексу невідкладних та реабілітаційних заходів, до яких входять сучасні лабораторні дослідження та чітко сформульований алгоритм дій при поєднаній травмі чи локальних травматичних пошкодженнях.

Слід зауважити, що травма ЩПД має певні характерні особливості, які необхідно враховувати при наданні невідкладної допомоги (особливо при виборі методу знечулення):

- дуже часто вона поєднана з черепно-мозковою травмою, переломами опорно-рухової системи, травмою грудної клітки та черевної порожнини;
- швидко інфікується із-за наявної мікрофлори в ротовій порожнині та додаткових носових пазух;
- можлива аспіраційно-обтураційна асфіксія через зміщення фрагментів уламків нижньої щелепи, блювоту, кровотечу;
- вимагає консультацію невропатолога, нейрохірурга, офтальмолога та інших спеціалістів;

- вимагає невідкладного хірургічного втручання, а відповідно анестезіологічного забезпечення;

- велика кількість травмованих (до 60%) знаходяться в стані сильного сп'яніння.

Тому, хворі з травмою ЩПД вимагають невідкладної госпіталізації і максимально швидкого огляду анестезіолога-реаніматолога.

Основний вид знеболення – комбінований ендотрахеальний наркоз; при наявній черепно-мозковій травмі та необхідності збереження свідомості – місцева (провідникова) анестезія. Ми застосовуємо пролонговану провідникову блокаду другої і третьої гілок трійчастого нерву, як під час операції під комбінованим знеболенням і ендотрахеальним наркозом, так і в післяопераційному періоді.

Вона має ряд переваг:

- можливість пунктувати;
- можливість підтримувати адекватну анестезію на протязі всього хірургічного втручання;
- наявний контакт з хворим, спрощений контроль лікарем свідомості пацієнта, участь хворого в операції (вільне відкривання роту, відновлення прикусу при переломах щелеп);
- тривала післяопераційна анестезія без використання ненаркотичних анальгетиків;
- забезпечення безболісних перев'язок рани, підведення антибіотиків;
- не має необхідності в інтенсивному післяопераційному спостереженні з використанням додаткового медичного персоналу і складного апаратного моніторингу.

Література.

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. - М., 1999.
2. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии.-М., 2000.-114с.