**Тема: Подготовка пациентов к общей анестезии. Преанестезия. Премедикация. Методы.**

**Преанестезия.**

В свете современной медицины большое внимание уделяется подготовке больного к анестезии. В первую очередь пациенты боятся боли.

***Преанестезия*** представляет собой предоперационный период, который начинается с момента решения о вмешательстве и заканчивается в момент проведения анестезии. Преанестезия включает в себя общность мер, направленных на психическую, физическую и медикаментозную подготовку пациента для проведения анестезии. Преанестезия показана и перед общей анестезии и перед местной.

***К преанестезии относятся:***

1. **Психическая подготовка.** Доказано что хорошая псих подготовка без медикаментозного вмешательства обеспечивает расслабление и комфорт пациента более 70% случаев. Она начинается с первой консультации. Даже мелкий недостаток проведённой консультации может негативно отразиться на уверенности пациента в результате лечения. В стоматологии больше, чем в других хирургических дисциплинах должно уделяться большое внимание межличностных отношениям. Иногда хороший практикующий врач может меть трудности в донесении информации. Если к такому врачу попадает пациент с психологическими проблемами, тогда ожидаемы проблемы во время или по окончанию лечения.
2. **Первый контакт пациента с другими** **пациентами**, которые ожидают приема.

Для создания психологически комфортной атмосферы важную роль играет вид кабинета.

Инструменты должны быть убраны, чистота, никаких следов крови, слюны, рабочих материалов и располагающий внешний вид врача.

***Пациенты делятся на 5 категорий по психологическому восприятию:***

1. **Тревожный пациент**. С таким пациентом требуется проводить подробную и длительную консультацию не усаживая его в кресло, не рассказывая этапы лечения, опуская все подробности операции. Для таких пациентов рекомендуется уделять больше времени, чем обычным пациентам.
2. **Истерический пациент.** Не показывает свой страх, но разговаривают фамильярно. В случае, если происходит осложнение или трудность, они могут бурно отреагировать. Могут обращать внимание на несуществующие симптомы и вспоминают прошлые болезни. Лечение таких больных вызывает определённые трудности. С ними не нужно вести долгих разговоров. Отношение должно быть достаточно жестким.
3. **Навязчивый пациент. (Нудный).** Хочет знать все детали. Могут вызвать проблемы.
4. **Агрессивные пациенты.** В случае неудачи могут реагировать агрессивно. В том числе и рукоприкладства.
5. **Параноики.** Они имеют завышенные ожидания, предлагают свои планы лечения, сомневаются в конечном результате. С такими пациентами важно внушить, что это он захотел, объяснять план и просить письменного согласия.

**Физическая подготовка к анестезии.**

Рекомендуется за день перед операцией общая гигиена тела, перед операцией чистка зубов, санирование полости рта. Рекомендуется побриться. Перед вмешательством место операции обрабатывается спиртовым раствором 70% на не волосистых областях. Кожные покровы, покрытые волосами, обрабатываются спиртовым раствором йода 2%, после чего 70% спиртовым раствором. Физическая подготовка производится дифференцировано, в зависимости от пациента, сопутствующих патологий и от метода предстоящей анестезиии. У пациентов с хроническими бронхитами рекомендуются интенсивное прокашливание и приём отхаркивающих препаратов. Пациентам с СС патологией подготавливаются медикаментозно, согласно схеме, предложенной терапевтом. Любые съемные протезы удаляются (глаза, уха и тд). Перед общим наркозом рекомендуется 5-6 часов не принимать пищу. Мочевой пузырь должен быть пустой. Перед местно-региональной анестезией рекомендуется приём пищи за 2-3 часа до вмешательства.

При выполнении всех требованию пациент ложится в кресло. Верхние пуговицы расстегнуты, снимаются галстуки, чёлочки и все, что мешает свободному дыханию.

**Медикаментозная подготовка.**

Должна быть комплексной. Соответсвенно, сопутствующей патологии, индивидуальным особенностям, объёму вмешательства и условиям операции. МП является комбинацией медикаментов, имеющих цель снизить страх и возбуждение пациента, а так же предотвращает возможные осложнения, которые могут возникнуть у пациента с сопутствующей патологии (аллергики, сердечники, нейропсихические и тд).

Пациентам с сердечными патологиями, например с риском аритмиии, рекомендуется премедикаментозные подготовки с введением 1% ледокаина в/м или в/в. Пациентам с хроническими заболеваниями, находящиеся под медикаментозным лечением, принимают свои препараты по схеме, но рекомендуется чуть повышенная доза. Пациентам с аллергиями в анамнезе рекомендуется введения антигистаминные препаратов по типу димидрола перорально или парентерально, сопровождаемые в/в введением гидрокартизона и глюконата кальция прямо перед началом анестезии. Обязательно введения атропина при брадикардии.

**Премедикация.**

Является комбинацией медикаментов, которые вводятся за 40-60 минут перед анестезией. Современная стоматология предполагает снижение количества посещений в пользу большего объема работы в одно посещение. При длительном вмешательстве обязательно рекомендуется премедикация.

Целью премедикации является снижение страха, ваголитическое и анальгезирующее действие. Целями комплексной премедикации является снижения уровня метаболизма, понижение рефлекторной деятельности, снижение секреции, Защита от токсических эффектах некоторых анестетиков, улучшение действия анестетиков. Так же удлиняет эффект обезболивания, противовоспалительное, антигистаминное воздействие.

**Медикаменты, используемые в премедикации.**

**Барбитураты** - это вещества, оказывающее гипнотическое, противосудорожное, седативное действо. Они не имеют анальгетического воздействия. Делятся на:

* продолжительного действия (больше 8 - 10),
* среднего (4-8),
* короткого (до 4).

**Опиодиного действия** - для обезболивания. (Морфин - является натуральным алкалоидом опия). Анальгетической действие не сопровождается потерей сознания, пациент сохраняет чувствительную функцию, но ему это параллельно. **Фентанил** - синтетический опиоид. Действие больше в 100 раз чем у морфина. Действует через 2-3 минуты и длится примерно 30 минут. Дозы варьируют от 15-20 мкг на кг веса до 50 мкг на кг веса в/в. Последующее введение необходимо через 20-30 минут. Используется индукцией перед общим наркозом.

**Ваголитические препараты**. Атропин - снижает слюнные и легочные выделения. Расслабляет гладкую мускулатуру, предотвращает спазмы гортани, пищевода и бронхов. Вводится только парентерально в/м, в/в в дозе 0,3-0,5 мг за 30 минут до вмешательства.

**Транквилизаторы** - успокаивающее, противотревожное действие. Бывают большие и малые. Большие транквилизаторы ( нейролептики) - 2 группы: фенотиазины и бензоморфоны.

**Фенотиазины (хлорпромазин)** чаще всего в определённых учреждениях. Имеет выраженный седативными эффект, снижает агрессивность, реактивную способность, психомоторную активность. Имеет противосудорожной, жаропонижающий эффект, а так же является слабым антигистамином. Используется в премедикации перед общим наркозом для длительных травматичных вмешательств. Применяются в условиях стационара. В амбулаторных употребляются только малые транквилизаторы.

**Бензоморфоны (дромперидол)** является очень сильным нейролептиком, характеризуется антипсихотический и седативными действием, а так же выраженным мышечно-релаксирующим действием. Имеет стабилизируется и антиаритмическое действие на ССС, поэтому показан при медикаментозной подготовке пациентов с нарушениями сердечного ритма.

**Малые транквилизаторы** (мепрабомат, триоксазин). Дается за 30 минут. У пациента наблюдается безразличие и спокойствие.

Бензодиазепины снижают тревожность, имеют седативное, гипнотическое, миорелаксирующее и противосудорожное действие.

***Делится в зависимости от длительности действия на:***

1. Длительного действия (диазипам, седуксен, валиум)
2. Промежуточного действия (оксазипам)
3. Короткого действия (мидазолам, дормикум)

Диазипам является одним из самых используемых в премедикации. Обладает сильным противотревожным эффектом. Имеет седативное и противосудорожное действие, но не является анальгетиком. Снижает внимание, при больших дохах обладает снотворным действием. Считается малым транквилизатором только при перорально приеме в таблетках. Если он приминается в виде в/м или в/в инъекций считается большим транквилизатором. Обычно избегаем в/в введения, поскольку может вызвать резкое снижение давления.

***Выбор премедикации делается в зависимости от:***

1. Возраста
2. Общих особенностей пациента
3. Метода анестезии
4. Объема и тяжести операции
5. Места проведения операции. Амбулаторным больным назначается малые транквилизаторы, которые применяются за час до вмешательства. У госпитализированных применяется премедикация форте, которая пропорциональна с объемом и тяжестью операции. Обычно осуществляется при помощи барбитурата перорально (60мин до и в/м 20мин).

**Нейролептоанальгезия** реализуется при сочетании нейролептиков (дромперидол) и анальгетиков (фентанил). Вызывает выраженное психологическое расслабление, сопровождающееся сильным обезболивающим эффектом. Дромперидол обладает сильным сидирующим действием с относительным сохранением сознания. Фентанил является сильным общим обезболивающим, но иногда может вызвать острую респираторную депрессию (больной забывает дышать). Так же он снижает секрецию и имеет минимальный токсический эффект. Полочными эффектами может быть снижение ад, брадикардия, бронхоспазм, который купируется введением атропина, который является антагонистом.

**Техника проведения нейролептаналгезии.** Вводятся в/в в равных кол-вах за 10-15 мин перед операцией вместе с 0,5-1 мл 0,1% атропина. Дозы вычисляются в зависимости от возраста, веса, общего состояния больного и длительности вмешательства. Обычно выводится от 2 до 6 мл с интервалом в 20 мин и повторяется 2-3 раза. Нейролептанестезия дополняется местно-региональной (местно-потенцированной анестезией). МП анестезия совмещает технику местной анестезии с нейролептаналгезией (фентанил+медазолам+супрастин). Пациент находится в состоянии спокойствия, полусонный, под общим обезболиванием. Медикаментозная смесь может быть введена в/м либо в/в капельным путем. Существует больше методов проведения МП анестезии, но все они должны проводиться в условиях стационара под постоянным наблюдением специалиста, при определенной технической оснащенности (источник кислорода и реанимационная аппаратура).