

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В АМБУЛАТОРНІЙ
СТОМАТОЛОГІЇ

2025

Загальна частина

Даний стандарт медичної допомоги не стосуються якоїсь специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо анестезіологічного забезпечення в амбулаторній стоматології.

Коди стану або захворювання НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: -

Кодування медичних втручань НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій»:

92500-00 Стандартне передопераційне анестезіологічне обстеження

92500-01 Тривале передопераційне анестезіологічне обстеження

92500-02 Ургентне передопераційне анестезіологічне обстеження

92513-10 Інфільтрація місцевим анестетиком, нормальний здоровий пацієнт, процедура проводиться як екстрена допомога

92513-19 Інфільтрація місцевим анестетиком, нормальний здоровий пацієнт, не екстрена допомога або невідомо

92513-20 Інфільтрація місцевим анестетиком, пацієнт з легкими системними розладами, процедура проводиться як екстрена допомога

92519-10 Внутрішньовенна регіональна анестезія, нормальний здоровий пацієнт, процедура проводиться як екстрена допомога

92519-19 Внутрішньовенна регіональна анестезія, нормальний здоровий пацієнт, не екстрена допомога або невідомо

92519-20 Внутрішньовенна регіональна анестезія, пацієнт з легкими системними розладами, процедура проводиться як екстрена допомога

92514-10 Загальна анестезія, нормальний здоровий пацієнт, процедура проводиться як екстрена допомога

92514-19 Загальна анестезія, нормальний здоровий пацієнт, не екстрена допомога або невідомо

92514-20 Загальна анестезія, пацієнт з легкими системними розладами, процедура проводиться як екстрена допомога

92515-10 Седація, нормальний здоровий пацієнт, процедура проводиться як екстрена допомога

92515-19 Седація, нормальний здоровий пацієнт, не екстрена допомога або невідомо

92515-20 Седація, пацієнт з легкими системними розладами, процедура проводиться як екстрена допомога

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович Пайкуш Володимир Андрійович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи; завідувач анестезіологічного підрозділу Товариства з обмеженою відповідальністю «ММ», Почесний президент Української асоціації седації та анестезії в стоматології (УАСАС), заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Адаменко Ольга Сергіївна	лікар-анестезіолог, лікар-анестезіолог дитячий, завідувач відділення невідкладної допомоги та анестезіології Товариства з обмеженою відповідальністю «Медичний центр Добробут-поліклініка», асистент кафедри анестезіології та хірургії ПЗВО «Академія Добробут» (за згодою);
Біденко Наталія Василівна	професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Добrorодній Андрій Володимирович	доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Тернопільського національного медичного університету;
Дробинська Інга Сергіївна Камінський Валерій Валерійович	лікар-анестезіолог дитячий Товариства з обмеженою відповідальністю «Бейбі Смайл» (за згодою); доцент кафедри щелепно-лицевої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Колупаєв Олександр Віталійович	асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, лікар-анестезіолог Товариства з обмеженою відповідальністю «Стоматологічна клініка Солонько Сов'як»;
Михайлов Богдан Володимирович	лікар-анестезіолог, лікар-анестезіолог дитячий, фізична особа-підприємець «Михайлов Б.В.», голова асоціації анестезіологів Запорізької області (за згодою);
Миць Юлія Олександрівна Пилипенко Максим Миколайович	лікар-стоматолог дитячий медичного центру сімейної стоматології «Белла дент» (за згодою); доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, доцент кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, завідувач відділення інтенсивної терапії та анестезіології № 2 державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України»;
Підгірний Ярослав Михайлович	професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, голова Асоціації анестезіології та інтенсивної терапії Львівщини;
Синицин Максим Миколайович	лікар-анестезіолог клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, лікар-анестезіолог дитячий

Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (за згодою);
Солонько Галина доцент кафедри стоматології дитячого віку Львівського
Миронівна національного медичного університету імені Данила Галицького, завідувач дитячим відділенням Товариства з обмеженою відповідальністю «Стоматологічна клініка Солонько Сов'як».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко начальник відділу стандартизації медичної допомоги
Оксана державного підприємства «Державний експертний центр
Іванівна Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови
робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

Леоненко професор кафедри ортопедичної стоматології цифрових
Павло технологій та імплантології Національного університету
Вікторович охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н;

Філик професор кафедри анестезіології та ІТ Львівського
Ольга національного медичного університету імені Данила
Володимирівна Галицького, д.мед.н.

Дата оновлення стандарту – 2030 рік

Перелік скорочень

АЛТ	аланінамінотрансфераза
АСТ	аспартатамінотрансфераза
АТ	артеріальний тиск
ДШ	дихальні шляхи
ЕКГ	електрокардіографія
Е/Т	ендотрахеальний
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
УАСАС	Українська асоціація седації та анестезії в стоматології
УЗД	ультразвукове дослідження
ЧД	частота дихання
	кваліфікована підтримка життєдіяльності у дорослих
	Американське товариство анестезіологів
EtCO ₂	рівень вуглекислого газу у видихаємій суміші
	ларингеальна маска
	закис азоту з киснем
	кваліфікована підтримка життєдіяльності у дітей
	сатурація крові
	вміст кисню в дихальній суміші
Форма № 043/о	форма первинної облікової документації № 043/о «Медична карта стоматологічного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2021 року № 110, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 678/20991
Форма № 003-3/о	форма первинної облікової документації № 003-3/о «Передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 663/20976
Форма № 003-6/о	форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2014 року № 549), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982

Розділ I. Організація зі спостереження та супроводу пацієнтів перед, під час та після седації або загальної анестезії для діагностичних та терапевтичних процедур

1. Положення стандарту медичної допомоги

Спостереження та супровід пацієнтів перед, під час та після седації або загальної анестезії для діагностичних та терапевтичних процедур здійснюється у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану стоматологічну медичну допомогу, та фізичними особами-підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, має проводити анестезіологічна команда, члени якої володіють навичками проведення загальної анестезії, мають відповідну практику та мінімум другу кваліфікаційну категорію. У дітей це сертифікований лікар-анестезіолог дитячий, у дорослих – сертифікований лікар-анестезіолог та кваліфікований помічник відповідно до Випуску 78 "Охорона здоров'я «Довідника кваліфікаційних характеристик професій», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. Лікар, відповідальний за лікування пацієнта та/або введення лікарських засобів для седації, має бути компетентним у використанні таких методів, повинен забезпечити необхідний рівень моніторингу і вміти керувати станом пацієнта під час можливих ускладнень. Оскільки рівень передбачуваної седації може бути перевищений, лікар повинен мати достатню кваліфікацію, щоб надати допомогу пацієнту з апное, ларингоспазмом та/або обструкцією дихальних шляхів (далі - ДШ), включаючи здатність відновити прохідність ДШ, відсмоктати виділення, забезпечити дихання з позитивним тиском та виконати успішну вентиляцію мішок-клапан-маска, якщо пацієнт переходить до рівня глибокої седації. Застосування помірної седації повинно включати можливість залучення додаткового фахівця - асистента, який відповідає за моніторинг відповідних фізіологічних параметрів і допомогу в будь-яких допоміжних або реанімаційних заходах, якщо у цьому буде потреба.

2. Обґрунтування

Кількість діагностичних та амбулаторних седацій в стоматології для дорослих та дітей поза межами традиційної операційної за останні десятиліття суттєво збільшилась. Метою цього стандарту медичної допомоги (далі – СМД) є уніфікація щодо седації/анестезії в стоматології в амбулаторних умовах.

Безпека загальної анестезії та седації дорослих та дітей під час проведення лікувальних, діагностичних або інших медичних процедур передбачає системний підхід, який включає наступне:

- заборона застосування лікарських засобів для седації без належного нагляду персоналом з медичною або стоматологічною освітою та відповідною підготовкою;

- адекватна переднаркозна оцінка стану пацієнта перед проведенням терапевтичного, хірургічного або діагностичного втручання та факторів, що можуть призвести до підвищення ризику;

- дотримання термінів належного голодування для планових процедур, а також баланс між глибиною седації та ризиком для тих пацієнтів, які не можуть дотримуватись «голодної паузи» через невідкладні покази для проведення процедури;

- увага до захисту ДШ: огляд на наявність гіпертрофованих мигдаликів або анатомічних аномалій ДШ, що можуть збільшити ризики потенційної обструкції ДШ;

- чітке усвідомлення фармакокінетичних і фармакодинамічних ефектів лікарських засобів та їх взаємодії;

відповідне навчання та практичні навички роботи по управлінню безпекою ДШ, відповідне обладнання для забезпечення прохідності ДШ та венозного доступу згідно віку та розміру пацієнта;

відповідні лікарські засоби та антидоти в достатній кількості;

медичний персонал, який вмiє ефективно застосовувати лікарські засоби під час процедури та має досвід спостереження за станом пацієнта під час проведення маніпуляції;

відповідний моніторинг під час проведення процедури;

укомплектована зона відновлення належним обладнанням та персоналом;

відновлення пацієнта до попереднього стану рівня свідомості;

надання рекомендацій перед випискою.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) наявність спеціалізації у лікарів з анестезіології та/або анестезіології дитячої відповідно до віку пацієнта;

2) наявність задокументованого індивідуального плану обстеження та лікування, узгодженого з пацієнтом або з батьками, законними представниками дитини, і доступного анестезіологічній команді, що містить інформацію про діагноз пацієнта, лікування і моніторинг його стану;

3) пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, контактів для отримання додаткової інформації та консультації;

4) лікар-анестезіолог / лікар-анестезіолог дитячий, який проводить седацію, повинен мати досвід роботи з пацієнтами даної вікової групи та груп ризику, мати доступ до необхідних лікарських засобів, персоналу та обладнання, володіти знаннями та навичками щодо лікування невідкладних станів та надання екстреної медичної допомоги у критичній ситуації;

5) у ЗОЗ наявний чітко визначений протокол негайного реагування та доступу до резервних екстрених служб. Слід розуміти, що доступність екстреної медичної допомоги не замінює відповідальності лікаря за надання первинної допомоги у випадку небезпечних для життя ускладнень;

6) у ЗОЗ, де стоматологічні послуги відбуваються в умовах седації, весь медичний персонал, дотичний до їх проведення повинен регулярно проходити тренінги з надання невідкладної допомоги;

Бажані:

7) наявність сертифіката щодо проходження навчання на ліцензованих курсах з невідкладних станів, а саме розширені реанімаційні заходи у дорослих (ALS) та розширені реанімаційні заходи у дітей (PALS), наявність інших курсів безперервної післядипломної освіти, профільні стажування, конференції, конгреси, майстер класи, організовані та проведені асоціаціями, спільнотами анестезіологів та стоматологів, які працюють в умовах седації та наркозу;

8) для лікарів-стоматологів, які застосовують мінімальну седацію, необхідно пройти навчання на ліцензованих курсах з невідкладних станів (ALS або PALS) та профільне навчання із застосування методів седації на курсах неформальної освіти у сфері охорони здоров'я.

Розділ II. Підготовка до седації/загальної анестезії та відбір пацієнтів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Пацієнти з оцінкою фізичного стану пацієнта за класифікацією Американського товариства анестезіологів (далі – ASA), що наведено у додатку 1 до цього Стандарту, I та II класів є кандидатами на легку, помірну або глибоку седацію. Пацієнти з III і IV класів вимагають додаткового та індивідуального розгляду, особливо для середньої та глибокої седації. Лікар-анестезіолог / лікар-анестезіолог дитячий скеровує на консультацію до відповідних фахівців та коректує план анестезіологічного забезпечення, дотримуючись повної безпеки пацієнта під час та після процедури лікування.

Дітей до та з лікувального закладу повинен супроводжувати один з батьків (законний представник або інша відповідальна особа). Краще, щоб дитину супроводжували 2 дорослих, якщо планується, що дитина буде перебувати у автомобільному кріслі під час транспортування до лікувального закладу та додому.

2. Обґрунтування

Метою оцінки стану є не лише задокументувати стан пацієнта, а й визначити, чи є у пацієнта певні фактори ризику, які можуть вимагати додаткової консультації перед седацією/анестезією. Ця оцінка полегшує ідентифікацію пацієнтів, яким знадобляться більше контролю за ДШ або серцево-судинною системою, змін доз лікарських засобів, що використовуються під час процедури.

Імовірність виникнення клінічно важливої аспірації під час седації є незначною і суттєво меншою, ніж при загальній анестезії з інтубацією трахеї. Частота аспірації та смертність під час седації нижча, ніж під час загальної анестезії. Тому стратегії голодування при процедурній седації можуть бути менш обмежувальними.

Частиною безпечної седації є використання системного підходу, щоб не пропустити важливий лікарський засіб, частину обладнання або монітор, швидкий доступ до лікарських засобів та обладнання невідкладної допомоги, тому для планування та підготовки до процедури використовуйте аббревіатуру «SOAPME»:

S (Suction) - аспіраційні катетери відповідного розміру та функціонуючий відсмоктувач;

O (Oxygen) - відповідне постачання кисню та функціонуючі концентратори або інші пристрої, що забезпечують його доставку;

A (Airway) - відповідне за розміром обладнання для ДШ (наприклад, мішок-клапан-маска або еквівалентний пристрій, назофарингеальні та орофарингеальні повітропроводи, ларингеальної маски (далі - LMA), клинки ларингоскопа (перевірені та функціонуючі), ендотрахеальні трубки, стилети, лицеві маски);

P (Pharmacy) – наявність основних лікарських засобів, необхідних для підтримки життєдіяльності під час надзвичайної ситуації, включаючи антитоди;

M (Monitors) – монітори: функціонуючий пульсоксиметр, з датчиками відповідного розміру, монітор газоаналізатора та інші монітори відповідно до процедури (наприклад, неінвазивний артеріальний тиск (далі - АТ), електрокардіографія (далі - ЕКГ), частоти дихання (далі - ЧД), стетоскоп);

E (Equipment) - спеціальне обладнання для конкретного випадку (наприклад, дефібрилятор).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) оцінка стану здоров'я повинна включати наступне:

паспортні дані пацієнта: прізвище, ім'я, по-батькові, адреса та номер домашнього телефону пацієнта або мобільного телефону батьків чи опікуна (якщо це

дитина); вік, вага (в кг) і термін гестації при народженні (недоношені немовлята можуть мати супутні наслідки, такі як апное недоношеності);

збір анамнезу, включаючи:

алергію на харчові продукти та лікарські засоби, а також попередні алергічні реакції або побічні реакції на лікарські засоби;

анамнез застосування лікарських/наркотичних засобів, включаючи дозування, час, шлях і місце введення для рецептурних, безрецептурних, рослинних або заборонених наркотичних засобів;

наявність відповідних захворювань, фізичних аномалій (включаючи генетичні синдроми), неврологічних порушень, які можуть збільшити потенціал при обструкції ДШ, ожиріння, хропіння або синдрому апное уві сні, нестабільності шийного відділу хребта при синдромі Дауна, синдром Марфана, скелетна дисплазія та інші захворювання;

стан вагітності для жінок через підвищений ризик потенційних побічних ефектів більшості седативних та знеболуючих засобів на плід;

недоношеність в анамнезі для дітей (може бути пов'язана зі стенозом підгортанного каналу або схильність до апное після седації);

історія будь-якого судомного розладу;

попередні госпіталізації;

седація або загальна анестезія в анамнезі і будь-які ускладнення або негативні реакції;

відповідний сімейний анамнез, зокрема пов'язаний з анестезією (наприклад, м'язова дистрофія, злаякісна гіпертермія, дефіцит псевдохолінестерази);

особлива увага при розгляді систем має бути зосереджена на аномаліях серцевої, легеневої, ниркової або печінкової функції, які можуть змінити очікувану реакцію пацієнта на седативні/аналгетичні препарати;

прицільний анамнез щодо ознак і симптомів розладу дихання уві сні та обструктивним апное недоношеного. Діти з тяжким обструктивним апное недоношеного, які мали неодноразові епізоди десатурації мають змінені мю-рецептори та знеболюватимуться опіоїдами зі зменшеним дозуванням, що становлять від третини до половини рівня від дози для дитини без обструктивного апное недоношеного; у цій популяції застосовують менші дози опіоїдів;

2) оцінка стану здоров'я також повинна включати:

життєво важливі ознаки, включаючи частоту серцевих скорочень, АТ, ЧД, сатурацію крові при атмосферному повітрі та температуру (для дітей, які не співпрацюють, це може бути неможливо, тому слід це задокументувати);

фізикальне обстеження, включаючи цілеспрямовану оцінку ДШ (гіпертрофія мигдаликів, аномальна анатомія, наприклад, гіпоплазія нижньої щелепи, для визначення підвищеного ризику обструкції ДШ);

оцінка фізичного стану пацієнта за класифікацією ASA;

оцінка ризиків складної інтубації та/або труднощі при вентиляції маскою;

3) оцінка ризику аспірації перед седацією:

пацієнти, в яких глибина процедурної седації може бути мінімальною або середньою (седація без використання пропофолу) і, які не мають системних захворювань (ASA I-II), мають мінімальний ризик аспірації. У таких пацієнтів вживання невеликої кількості прозорих та непрозорих рідин (наприклад, молока) перед седацією не обмежують, а невелику кількість твердої їжі дозволяють вживати не пізніше ніж за 2 години до седації;

пацієнти, в яких лікарський засіб пропофол є головним засобом для седації мають незначний (а не мінімальний) ризик аспірації. Іншими факторами, що вказують на незначний ризик аспірації є помірне ожиріння, а також ASA III. У таких пацієнтів невелику кількість рідин перед седацією дозволяють вживати не пізніше ніж за 2 години до седації, а невелику кількість твердої їжі – за 4 години;

пацієнти, в яких є передбачувана потреба у допоміжній вентиляції або інші складні маніпуляції з ДШ (інтубація трахеї), мають помірний ризик аспірації. Іншими факторами, які вказують на помірний ризик аспірації є тяжке системне захворювання (ASA IV), тяжке ожиріння, обструктивне апное сну, аномалії ДШ, часта нудота, розлади стравоходу, кишкова непрохідність. У таких пацієнтів невелику кількість прозорих рідин перед седацією дозволяють вживати не пізніше ніж за 2 години до седації, невелику кількість непрозорих рідин (наприклад, молока) за 4 години, а твердої їжі – за 6 годин;

пацієнтам, яким планується седація пропофолом і, які не мають вагомих ризиків аспірації шлунковим вмістом, рекомендується обмеження вживання рідини впродовж 2 годин перед седацією і обмеження вживання твердої їжі впродовж 4 годин.

пацієнтам, яким планується інтубація трахеї, встановлення ларингеальної маски або в яких є фактори ризику аспірації, вживання невеликої кількості прозорих рідин може бути за 2 години до початку наркозу, непрозорих рідин (молока) – за 4 години, а невеликої кількості твердої їжі – за 6 годин;

4) лабораторні та інструментальні обстеження перед седацією:

рутинне проведення лабораторних аналізів пацієнтам з оцінкою фізичного статусу за ASA I - II (тобто без клінічно значимих супутніх захворювань) не рекомендовано. Специфічні дослідження призначати тільки після виявлення хронічних захворювань під час збору анамнезу;

пацієнти за ASA I - II можуть отримати користь від передопераційної здачі лабораторних досліджень, що підвищує впевненість пацієнтів, їх батьків/законних представників в безпеці седації або наркозу, поліпшує прихильність до лікування.

Обстеження перед наркозом в стоматології у дітей без супутньої патології:

загальний аналіз крові з формулою (особливо після недавно перенесеної бактеріальної чи вірусної інфекції);

ЕКГ та/або УЗД серця (особливо, якщо ніколи не робили до цього).

Обстеження перед наркозом в стоматології у дорослих:

загальний аналіз крові з формулою (особливо після недавно перенесеної бактеріальної чи вірусної інфекції);

коагулограма (особливо, якщо в анамнезі є дані за розлади коагуляції);

біохімічне обстеження крові: калій, натрій, кальцій, сечовина, креатинін, загальний білірубін, цукор, АЛТ, АСТ (особливо у літніх осіб, а також у тих, хто має хронічні захворювання печінки, нирок або клінічно-значимі відхилення в аналізах в анамнезі);

ЕКГ та/або УЗД серця (особливо у осіб старше 60 років, а також тих, хто має хронічні захворювання серцево-судинної системи в анамнезі).

При клінічній потребі або підозрі на наявність у пацієнта інфекцій, що передаються парентеральним шляхом доцільно здати наступні аналізи: кров на гепатит В (HBV антиген), гепатит С (HCV антиген), ВІЛ.

5) дорослим пацієнтам, батькам/ законним представникам дитини та дитині з 14 років надати для ознайомлення та підписання форму № 003-6/о;

б) лікар-анестезіолог/лікар-анестезіолог дитячий має заповнити форму № 003-3/о із записом оцінки фізичного статусу пацієнта та обґрунтуванням обраного виду анестезії;

Бажані:

7) наявність оформлених належним чином анкет-опитувальників перед седацією/анестезією, що розроблюються окремо кожним ЗОЗ;

8) наявність чек-листів перевірки готовності оснащення та робочого місця анестезіологічної команди;

9) з метою ефективної комунікації та збору анамнезу при анестезіологічному забезпеченні в амбулаторній стоматології дорослими пацієнтами, батьками/законними представниками дитини заповнюються анестезіологічні анкети перед проведенням лікування із застосуванням методів загального знеболення та/або седації, що наведені у додатку 2 до цього Стандарту.

Розділ III. Лікування в умовах седації або загальної анестезії

1. Положення стандарту медичної допомоги

Седація або загальна анестезія можуть бути показані для лікування тривожності пацієнтів, пов'язаного з лікуванням зубів, для надання можливості стоматологічного лікування пацієнтам, які мають когнітивні порушення або моторну дисфункцію, що перешкоджає адекватному стоматологічному лікуванню, для лікування пацієнтів молодшого віку, для травматичних або великих процедур або для контролю болю. Ці методи використовують лише за показаннями або як доповнення до відповідних немедикаментозних засобів ведення пацієнта. Показаннями для застосування наркозу у дітей в стоматології є потреба повного знеболення або щоб дитина була під наркозом перед проведенням стоматологічних процедур.

2. Обґрунтування

Пацієнт, який отримує седацію, може перейти до стану більш глибокої седації або до рівня загальної анестезії (наркозу), тому лікар, який проводить процедуру, повинен бути готовий до зміни рівня глибини седації, має вміти розпізнати та виконувати дії відповідно до того, що необхідно для отриманого рівня седації. Лікар-анестезіолог/лікар-анестезіолог дитячий має дотримуватися вимог щодо моніторингу та рекомендованих інтервалів реєстрації показників вітальних функцій.

Фіксації рук та ніг пацієнта необхідна для запобігання різких рухів пацієнта у відповідь на можливий больовий чи ноцицептивний подразник і пов'язані з цим ризики втрати венозного доступу. Навіть помірні рухи пацієнта чи його напруження заважають проведенню неінвазивного вимірювання артеріального тиску та пульсоксиметрії. Рухи пацієнта при глибокій седації можуть призводити до його зміщення з вузького стоматологічного крісла, тому фіксація пацієнта увійшла в практику проведення глибокої седації та наркозу в стоматології. Щодо необхідності фіксації пацієнта потрібно попередити заздалегідь.

Рекомендації щодо передбачуваного рівня седації

Мінімальна седація

Мінімальна седація (стара назва, «анксіолізіс») — це стан, спричинений ліками, під час якого пацієнти нормально реагують на вербальні команди. Хоча когнітивні функції та координація можуть бути порушені, вентиляційна та серцево-судинна функції залишаються незмінними. Пацієнтам, які отримали мінімальну седативну дію, зазвичай не потрібно більше, ніж спостереження та періодична оцінка їхнього рівня седації. Деякі пацієнти отримують помірну седацію, незважаючи на очікуваний рівень

мінімальної седації, якщо це станеться, то застосовуються вказівки щодо помірної седації.

Помірна седація

Помірна седація (стара назва, «седація в свідомості» або «заспокоєння/аналгезія») - це медикаментозне пригнічення свідомості, під час якого пацієнти цілеспрямовано відповідають на словесні команди або після легкої тактильної стимуляції. Не потрібно жодне втручання для підтримки прохідності ДШ, збережено адекватне спонтанне дихання. Функція серцево-судинної системи зазвичай зберігається. Застереження, що втрата свідомості малоімовірна є особливо важливим аспектом визначення помірної седації. Обрані препарати та методи повинні мати достатньо широкий запас безпеки, щоб ненавмисна втрата свідомості була малоімовірною.

Глибока седація

«Глибока седація» («глибока седація/аналгезія») – це медикаментозне пригнічення свідомості, під час якого пацієнтів неможливо легко збудити, але пацієнт реагує після цілеспрямованої повторної вербальної чи больової стимуляції (наприклад, цілеспрямоване відштовхування больових подразників). Рефлекторне відсмикування від больового подразника не вважається цілеспрямованою реакцією і більше відповідає стану загальної анестезії. Може бути порушена здатність самостійно підтримувати адекватне спонтанне дихання. Пацієнтам може знадобитися допомога в підтримці прохідності ДШ і спонтанне дихання може бути недостатнім. Функція серцево-судинної системи зазвичай зберігається. Стан глибокої седації може супроводжуватися частковою або повною втратою захисних дихальних рефлексів. Пацієнти можуть переходити від стану глибокої седації до стану загальної анестезії.

Загальна анестезія

«Загальна анестезія» – це втрата свідомості, спричинена прийомом лікарських засобів, під час якої пацієнти не можуть збудитися навіть від стимуляції болем. Часто порушується здатність самостійно підтримувати дихальну функцію. Пацієнтам часто потрібна допомога у підтримці прохідності ДШ, і може знадобитися вентиляція з позитивним тиском через пригнічення спонтанної вентиляції або медикаментозне пригнічення нервово-м'язової функції. Серцево-судинна функція може бути не порушена.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) забезпечити моніторинг стану пацієнта при мінімальній та помірній седації: пульсоксиметрія; ЕКГ моніторинг; частота серцевих скорочень; АТ; ЧД; капнографія; реєстрація вітальних функцій кожні 10 хвилин, поки пацієнт не почне прокидатися, потім інтервали запису можна збільшити, а при моніторингу при глибокій седації та загальній анестезії реєстрація вітальних функцій кожні 5 хвилин, поки пацієнт не почне прокидатися, потім інтервали запису можна збільшити до 10-15 хвилин;

2) проводиться регулярна перевірка справності обладнання для глибокої седації/анестезії відповідно до специфікацій технічних характеристик виробника, та ведення обліку його обслуговування;

3) використання засобів фіксації, що забезпечують зручне положення для профілактики плекситів та пролежнів, оптимальне положення голови та шиї для попередження обструкції верхніх ДШ; підкладаються спеціальні подушки та валики під шию та плечі пацієнта; під час тривалої седації використовують фізіологічне згинання колінних суглобів за допомогою ортопедичних валиків;

4) рекомендовано дотримуватися температури в приміщенні: для дорослих та дітей 21-22°C; для дітей до 2 років 22-24°C; доречно застосування ковдри або спеціального обігрівача;

5) клінічні аспекти проведення седації/анестезії.

Перед початком седації/анестезії необхідно перевірити наявність та термін придатності лікарських засобів для седації/анестезії, обладнання для седації/анестезії та невідкладної допомоги (для забезпечення оксигенації та прохідності ДШ).

Під час індукції в седації/анестезію слід контролювати:

цільовий рівень свідомості та швидкість введення в седацію;

прохідність ДШ та рівень оксигенації/вентиляції (SpO_2 , ЧД, $\pm EtCO_2$);

вчасність постановки кисневих носових канюль (чи іншого засобу для налагодження оксигенації), подачу зволоженого кисню з цільовим FiO_2 0,3-0,5);

показники гемодинаміки (пульс, неінвазивний АТ, ЕКГ);

Під час підтримки седації/анестезії слід забезпечити:

цільовий рівень седації (середій, глибокий, анестезія) та аналгезії;

прохідність ДШ відповідно до стоматологічних процедур;

адекватну санацію виділень в ротовій порожнині, а також профілактику аспірації рідин та твердих предметів в ДШ;

стабільний рівень гемодинаміки;

контроль гемостазу;

положення тіла, яке попереджує розвиток плекситів та оніміння кінцівок;

підтримання нормотермії;

Під час виходу/пробудження з седації/наркозу слід забезпечити:

плавне пробудження без психомоторного збудження;

прохідність ДШ;

стабільний рівень гемодинаміки;

відсутність болю;

відсутність кровотечі.

б) клінічні аспекти проведення наркозів у дітей:

для забезпечення прохідності ДШ при проведенні тривалих (більше 45 хвилин) наркозів у дітей рекомендується проводити інтубацію трахеї;

метод проведення анестезіологічного забезпечення і метод контролю прохідності ДШ повинен вирішуватися лікарем-анестезіологом з урахуванням безпеки пацієнта, потреб лікарів-стоматологів, технічного оснащення, навичок та індивідуального досвіду лікаря-анестезіолога;

наявність крові, слини, залишків стоматологічних матеріалів у ротовій порожнині створює ризик аспірації, тому необхідно забезпечити прохідність ДШ;

найбільш оптимальним і безпечним способом протекції ДШ є ендотрахеальна (далі - Е/Т) інтубація (назотрахеальна або оротрахеальна). Альтернативою Е/Т інтубації є використання LMA;

рекомендується використання водонепроникних пов'язок для фіксації трубки, щоб запобігти випадковому переміщенню трубки. Після інтубації трахеї ротоглотку тампують марлевым тампоном, щоб захистити ДШ від контамінації та додаткового забруднення;

підтвердження видалення тампону є надзвичайно важливим перед екстубацією, щоб уникнути ларингоспазму, обструкції ДШ та інших ускладнень;

необхідно вести суворий підрахунок тампонів, що були встановлені та видалені з ротової порожнини та ротоглотки. Не використовувати дрібні тампони через ризик їх ослизнення та заковтування.

Розділ IV. Спостереження в період після лікування, критерії виписки та подальші рекомендації

1. Положення стандарту медичної допомоги

Пацієнт після помірної седації повинен перебувати під наглядом у зоні відновлення, яка належним чином обладнана, має бути функціонуючий відсмоктувач, а також обладнання здатне доставляти 90% кисню та проводити вентиляцію з позитивним тиском (мішок-клапан-маска) із достатньою ємністю кисню, також обладнання та пристрої для надання першої допомоги, які відповідають віку та розміру. Через певні проміжки часу (наприклад, кожні 10-15 хвилин) необхідно реєструвати життєві показники пацієнта. Якщо пацієнт не в повній свідомості має бути доступним джерело кисню.

Моніторинг сатурації та частоти серцевих скорочень слід використовувати безперервно, доки стан пацієнта не відновиться і відповідатиме критеріям виписки. Оскільки седативні препарати з тривалим періодом піврозпаду можуть затримати повне відновлення пацієнта до звичайного рівня свідомості або створювати ризик вторинної седації, деяким пацієнтам може бути корисним більш тривалий період менш інтенсивного спостереження (наприклад, зона спостереження зі зниженим моніторингом, де можна спостерігати за кількома пацієнтами одночасно). Перед випискою з-під медичного/стоматологічного нагляду оцінити здатність дитини не спати принаймні 20 хвилин, якщо її помістити в тихе середовище. Пацієнти, які отримували антидоти, такі як флумазеніл або налоксон, потребуватимуть більш тривалого періоду спостереження, оскільки тривалість дії введених препаратів може перевищувати тривалість дії антагоніста, що призведе до повторної седації.

2. Обґрунтування

Пацієнти, які отримують додатковий кисень перед процедурою, можуть мати таку ж потребу в кисні після процедури. Деякі седативні препарати мають тривалий період напіврозпаду та можуть затримати повне повернення пацієнта до вихідного рівня або становити ризик вторинної седації. Тому, діти та дорослі пацієнти з складними поліорганными захворюваннями повинні довше спостерігатися в зоні відновлення/спостереження перед випискою з-під медичного/стоматологічного нагляду.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) у ЗОЗ, де проводиться анестезіологічне забезпечення, наявна окрема та належним чином обладнана зона відновлення;

2) задокументувати час і стан пацієнта в амбулаторній карті пацієнта треба під час виписки з лікувальної зони чи ЗОЗ із вказанням, що рівень свідомості пацієнта та дихальні функції повернулися до стану, безпечного для виписки за визнаними критеріями;

3) критерії виписки пацієнта після амбулаторної седації/загальної анестезії:

функція серцево-судинної системи та прохідність ДШ безпечні і стабільні;

пацієнт контактний, ДШ захищені, рефлекси збережені;

пацієнт може розмовляти (якщо відповідає віку);

пацієнт може сидіти без сторонньої допомоги (якщо відповідає віку);

для дуже маленької дитини або дитини з інвалідністю, які нездатні до зазвичай очікуваних реакцій, має бути досягнутий рівень реагування перед седацією або рівень максимально наближений до нормального рівня цієї дитини;

адекватна гідратація;

видалена внутрішньовенна канюля (катетер), місце ін'єкції перевірено, відсутні місцеві ускладнення;

пацієнту надані письмові рекомендації;

наявні у пацієнта/батьків/законних представників контактні номери телефонів для екстреного зв'язку з лікуючим лікарем;

дорослий (повнолітній) супроводжуючий, який відповідальний за стан пацієнта протягом наступної доби;

4) для оцінки готовності пацієнта до виписки рекомендовано скористатися шкалою Aldrete (Aldrete Postanesthetic Recovery Score), що наведено у додатку 3 до цього Стандарту;

5) надати пацієнту усно та/або письмово інформацію щодо цілей седації та очікуваних змін в поведінці після седації, обмеження діяльності (заборона водіння автомобіля, тощо) та відповідних запобіжних заходів щодо дієти;

б) слід розглянути можливість більш тривалого періоду спостереження, якщо здатність відповідальної особи спостерігати за дитиною обмежена (наприклад, лише 1 дорослий, який також повинен керувати автомобілем). Іншим показанням для тривалого спостереження може бути дитина з анатомічними проблемами ДШ, основним захворюванням, таким як значне обструктивне апное сну, або недоношене немовля менше 60 тижнів після зачаття;

7) усім пацієнтам та їхнім рідним (батьки, законні представники) мають бути надані рекомендації та номер телефону для екстреного зв'язку;

8) дорослого пацієнта з лікувального закладу повинна супроводжувати повнолітня особа. Слід звернути увагу на те, що пацієнту протягом першої доби після загальної анестезії або глибокої седації категорично заборонено керувати автомобілем та підписувати юридичні документи;

9) дитину до лікувального закладу та з лікувального закладу повинен супроводжувати один з батьків/законний представник. Краще, щоб дитину супроводжували 2 дорослих, якщо планується, що дитина буде перебувати у автомобільному кріслі під час транспортування до лікувального закладу та додому;

10) дорослому, який супроводжує дитину, яку будуть перевозити додому в автокріслі, слід надати спеціальні інструкції щодо необхідності уважно стежити за положенням голови дитини, щоб уникнути обструкції ДШ.

Розділ V. Седація закисом азоту

1. Положення стандарту медичної допомоги

Інгаляція закисом азоту/киснем, яка також називається аналгезією/анксіолізом N_2O/O_2 , є безпечною та ефективною технікою, що використовується для боротьби з тривожністю під час лікування зубів. При використанні для аналгезії/анксіолізу інгаляція N_2O/O_2 дозволяє зменшити занепокоєння пацієнта у свідомості, водночас зводячи до мінімуму ризик процедури. Реакція пацієнта на вербальні команди та захисні рефлекси залишаються незмінними, а передпроцедурна рухливість повертається після припинення використання N_2O/O_2 .

Обладнання для інгаляційної седації/аналгезії, що подає закис азоту, повинно мати здатність подавати 100% кисню, і ніколи не менше 25% концентрації кисню при

швидкості потоку, що відповідає розміру пацієнта. Обладнання, яке подає змішану суміш, співвідношення закису азоту >50% до кисню, та покриває рот і ніс, повинно використовуватися разом із каліброваним і функціональним аналізатором кисню. Усі пристрої для інгаляції закису азоту в кисень слід відкалібрувати відповідно до державних і місцевих вимог. Перед будь-яким наданням медичної допомоги пацієнтам новозбудовані або реконструйовані лікувальні заклади, особливо ті, що подають закис азоту та кисень, повинні пройти відповідні державні або місцеві інспекції для підтвердження належної роботи систем інгаляційної седації/аналгезії.

2. Обґрунтування

Закис азоту в кисні в різних концентраціях успішно використовується впродовж багатьох років для знеболення під час різноманітних процедур при захворюваннях у дорослих та дітей. Застосування закису азоту для мінімальної седації визначається як введення закису азоту $\leq 50\%$ із балансом кисню, без будь-яких седативних, опіюючих чи інших депресантів, здоровому пацієнту (ASA I або II).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) система подачі газу для введення закису азоту та кисню повинна:
 - мати безвідмовний механізм, який забезпечує концентрацію кисню не менше 30% у газовій суміші, що подається;
 - мати вхідні фітинги трубопроводу або індексацію штифтів, які не дозволяють взаємозамінювати з'єднання з киснем і закисом азоту;
 - регулярно перевірятися на функціональну цілісність навченим персоналом, функціонувати надійно, проходити догляд і технічне обслуговування згідно з інструкціями виробника принаймні раз на рік. Слід зберігати письмовий облік цього технічного обслуговування;
 - бути обладнані з'єднувачами, трубками та мішком-резервуаром, з можливістю використання маски для реанімаційної вентиляції 100% киснем;
 - мати в наявності резервний запас кисню, готовий до негайного використання;
 - бути обладнані очисною системою, встановленою відповідно до інструкцій виробника;
- 2) показання до застосування (N_2O/O_2) седації/аналгезії:
 - пацієнт, який відчуває страх або тривогу;
 - деякі пацієнти з порушеннями м'язового тону, схильні до ненавмисних рухів;
 - пацієнт, чий сильний блювотний рефлекс, заважає лікуванню зубів;
 - пацієнт, де неможливо отримати адекватну місцеву анестезію або аналгезію;
 - дитина, що співпрацює і проходить тривалу стоматологічну маніпуляцію, якій буде корисно полегшити втому від лікування;
- 3) протипоказання до використання інгаляції N_2O/O_2 :
 - хронічні обструктивні захворювання легень;
 - поточні інфекції верхніх ДШ (наприклад, застуда, кашель, тонзиліт), синусит або інші стани (наприклад, сезонна алергія), які пригнічують носове дихання;
 - нещодавнє захворювання середнього вуха або інфекція (наприклад, гострий середній отит);
 - недавні (протягом 14 днів) операції на вусі, носі та/або горлі;
 - підвищений внутрішньоочний тиск (наприклад, глаукома), до трьох місяців після операції на сітківці;
 - серйозні емоційні розлади або залежність, пов'язана з наркотиками;
 - перший триместр вагітності;

лікування блеоміцин сульфатом;
 нелікований дефіцит ціанокобаламіну;

4) техніка введення N_2O/O_2 передбачає наступне:

слід вибрати пристосовану носову маску;

швидкість потоку 5-7 л/хв, як правило, прийнятно для дітей старшого віку та дорослих пацієнтів, тоді як дітям 3-4 років зазвичай потрібно 3-5 л/хв;

швидкість потоку можна регулювати після спостереження за дихальним мішком. Мішок повинен м'яко пульсувати з кожним вдихом і не бути дуже сильно надутим або недоповненим;

N_2O/O_2 можна вводити за допомогою стандартного титрування (введення 100% кисню 1-2 хвилини з подальшим титруванням закису азоту з 10% інтервалами або методом швидкої індукції (введення фіксованої дози або % N_2O/O_2 без титрування);

5) організаційні заходи під час седатії/аналгезії N_2O/O_2 :

під час седатії/аналгезії N_2O/O_2 концентрація закису азоту зазвичай не повинна перевищувати 50% для зменшення побічних ефектів;

якщо концентрація закису азоту перевищує 60%, у пацієнтів може спостерігатися атаксія, запаморочення, дисфорія, підвищена сонливість та/або марення і згодом відчуття дискомфорту та відмова від співпраці;

після припинення подачі закису азоту слід вводити 100% кисень впродовж 5 хвилин, доки пацієнт не повернеться до вихідного стану;

введення кисню можна продовжити пацієнтам, які відчувають післяопераційну нудоту та блювання при тривалому впливі N_2O/O_2 ;

Дієтичні рекомендації і критерії виписки наведені у пінкті 3 розділу IV цього Стандарту;

лікар, який застосовує N_2O/O_2 седатії/аналгезії для надання стоматологічної допомоги дитині, повинен мати відповідну підготовку та навички, а також мати належні засоби, персонал та обладнання для лікування будь-якої надзвичайної ситуації;

лікар несе відповідальність за управління потенційними ускладненнями, пов'язаними із запланованими відповідями організму і більш глибоким рівнем седатії.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану стоматологічну допомогу, клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП) щодо анестезіологічного забезпечення в амбулаторній стоматології.

2. Відсоток пацієнтів з клінічно значимими відхиленнями життєвих показників організму та ускладнень під час седації/анестезії впродовж звітного періоду.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану стоматологічну допомогу, КМП щодо анестезіологічного забезпечення в амбулаторній стоматології.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Анестезіологічне забезпечення в амбулаторній стоматології».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного КМП на території обслуговування. Якість анестезіологічної допомоги пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах, відповідність надання анестезіологічної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора визначається як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, що містить інформацію про кількість лікарів, які надають анестезіологічну допомогу пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП щодо анестезіологічного забезпечення в амбулаторній стоматології. (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, представлений лікарем, який надає анестезіологічну допомогу пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з клінічно значимими відхиленнями життєвих показників організму та ускладнень під час седації/анестезії впродовж звітного періоду.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Анестезіологічне забезпечення в амбулаторній стоматології».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікар, який надає анестезіологічну допомогу пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, які надають анестезіологічну допомогу пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора

Індикатор обчислюється лікарем, який надає анестезіологічну допомогу пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації форми № 025/о), форми № 043/о. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від лікарів, які надають анестезіологічну допомогу пацієнтам в стоматології в амбулаторних умовах, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким надавали анестезіологічну допомогу в стоматології в амбулаторних умовах, у яких було діагностовано клінічно значимі відхилення життєвих показників організму та ускладнень.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 043/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким надавали анестезіологічну допомогу в стоматології в амбулаторних умовах.

Джерелом інформації є: форма № 025/о, форма № 043/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Анестезіологічне забезпечення в амбулаторній стоматології», 2024 рік https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 6 квітня 2016 року № 282 «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку».

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 лютого 2023 року № 354 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я» та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 квітня 2023 року за № 562/39618.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 травня 2024 року № 751 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах із застосуванням методів загального знеболення та/або седації».

8. Наказ від 22 лютий 2024 року № 245 «Про ліцензування господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Євгеній ГОНЧАР

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Анестезіологічне забезпечення в
амбулаторній стоматології»
(пункт 1 розділу II)

Класифікація фізичного стану пацієнта за класифікацією ASA

I клас - нормальний здоровий пацієнт.

II клас - пацієнт з легким системним захворюванням (наприклад, контрольований респіраторними захворювання дихальних шляхів).

III клас - пацієнт із тяжким системним захворюванням (наприклад, пацієнт має хрипи).

IV клас - пацієнт із тяжким системним захворюванням, що має потенційну загрозу життю (наприклад, дитина з астматичним статусом).

V клас - вмираючий пацієнт, який, як очікується, не житиме без операції (наприклад, пацієнт з важкою кардіоміопатією, що потребує трансплантації серця).

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Анестезіологічне забезпечення в
амбулаторній стоматології»
(підпункт 9 пункту 3 розділу II)

Рекомендовані Українською асоціацією санації та анестезії в стоматології анестезіологічні анкети для дорослих і дітей при анестезіологічному забезпеченні в амбулаторній стоматології з метою ефективної комунікації та збору анамнезу.

**Анестезіологічна анкета
(заповнюється пацієнтом)**

Шановні пацієнти!

Санація ротової порожнини, в тому числі імплантація зубних протезів, буде проводитись під потенційованим (анальгоседацією) або загальним знеболенням (наркозом). За проведення знеболення та підтримання життєво-важливих функцій організму під час наркозу відповідає лікар-анестезіолог. Лікарі завжди вибирають найоптимальніші та найменш шкідливі для Вас методи знеболення. Проведення анальгоседації або наркозу неможливе під час або безпосередньо після гострої інфекційної хвороби, тобто не можна мати підвищеної температури тіла, кашлю, нежиті, блювання, проносу, висипки і т.д. Протягом 4 годин перед операцією не можна їсти та пити з метою запобігання попадання шлунково-кишкового вмісту в дихальні шляхи. Відповідаючи на запитання анкети, що стосуються Вашого здоров'я, Ви робите можливим вибір найоптимальнішого способу знеболення.

Прізвище, ім'я, по-батькові _____
Вік _____ Маса тіла _____ Ріст _____

1. Чи Ви колись знаходились на стаціонарному лікуванні? Якщо так, то з якої причини? Так Ні Не знаю

2. Чи проводились Вам оперативні втручання? Якщо так, то коли і з якої причини? Так Ні Не знаю

3. Чи під час знеболення щось привертало особливу увагу? Якщо так, то що саме? Так Ні Не знаю

4. Чи приймаєте зараз якісь медикаменти? Якщо так, то які? Так Ні Не знаю

5. Серцево-судинна система:
наявність артеріальної гіпертонії Так Ні Не знаю
Який артеріальний тиск для Вас характерний? / мм рт. ст.
наявність аритмії Так Ні Не знаю
вади серця та судин Так Ні Не знаю
Коли останній раз проводилось ЕКГ обстеження?

6. Дихальна система:
часто хворієте запаленням легень Так Ні Не знаю
маєте задишку Так Ні Не знаю
хворієте бронхіальною астмою Так Ні Не знаю
інші захворювання легень, а саме: Так Ні Не знаю
Скільки сигарет випалюєте в день?

7. Печінка, нирки, схильність до кровотеч:

- хворіли гепатитами (жовтяницями) А, В, інші Так Ні Не знаю
- були хвороби нирок та сечовидільної системи Так Ні Не знаю
- має схильність до кровотеч та появи синців Так Ні Не знаю
8. Стан нервової системи та опорно-рухового апарату:
- нервові захворювання Так Ні Не знаю
- були травми голови, струси мозку Так Ні Не знаю
- були судоми Так Ні Не знаю
- хвороби м'язів, ослаблення м'язової сили Так Ні Не знаю
- були захворювання кісток, суглобів Так Ні Не знаю
9. Ендокринна система:
- хворієте цукровим діабетом Так Ні Не знаю
- хвороби наднирникової, щитовидної залоз Так Ні Не знаю
10. Чи у Вас є алергія на ліки, продукти, інше Так Ні Не знаю
- Якщо так, то на що саме:
- Які прояви алергічної реакції:
- шкірні висипання, діатез Так Ні Не знаю
- задишка Так Ні Не знаю
- алергічний нежить Так Ні Не знаю
11. Захворювання Ваших батьків та родичів:
- туберкульоз Так Ні Не знаю
- епілепсія Так Ні Не знаю
- цукровий діабет Так Ні Не знаю
- бронхіальна астма Так Ні Не знаю
- інші:
12. Чи проводились Вам профілактичні щеплення? Так Ні Не знаю
13. Чи у Вас є рухомі зуби, зубокорегуючі апарати? Так Ні Не знаю
14. Чи зловживаєте Ви алкоголем Так Ні
- вживали наркотики Так Ні
15. Інші істотні проблеми пов'язані із Вашим здоров'ям, про які не було згадано:
16. В день проведення наркозу Ви є натще від години

Наступну частину анкети просимо заповнювати разом з анестезіологом.

Лікар-анестезіолог _____

провів зі мною розмову, під час якої мені доступно пояснено перебіг знеболення мого, зрозумів(ла) ці пояснення, міг(могла) задати питання стосовно всіх проблем, пов'язаних із знеболенням, його способом, перебігом та ускладненнями.

Даю згоду на проведення санації ротової порожнини під потенційованим (анальгоседацією) або загальним знеболенням (наркозом).

Погоджуюсь на всі необхідні для проведення цього маніпуляції.

Дата

Підпис лікаря

Підпис пацієнта

**Анестезіологічна анкета
(заповнюють батьки, опікуни дитини)**

Шановні батьки!

Санация ротової порожнини буде проводитись під загальним знеболенням (наркозом). За проведення знеболення та підтримання життєво-важливих функцій організму під час наркозу відповідає лікар-анестезіолог. Лікарі завжди вибирають найоптимальніші та найменш шкідливі для дитини методи знеболення. Проведення наркозу неможливе під час або безпосередньо після гострої інфекційної хвороби, тобто дитина не може мати підвищеної температури тіла, кашлю, нежиті, блювання, проносу, висипки і т.д. Протягом чотирьох годин перед операцією дитина не повинна їсти та пити з метою запобігання попадання шлунково-кишкового вмісту в дихальні шляхи.

Відповідаючи на запитання даної анкети, що стосуються здоров'я Вашої дитини, Ви робите можливим вибір найоптимальнішого способу знеболення.

Прізвище, ім'я, по-батькові дитини _____

Вік _____ Маса тіла _____ Ріст _____

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Чи дитина колись знаходилась на стаціонарному лікуванні? Якщо так, то з якої причини? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 2. Чи проводились дитині оперативні втручання? Якщо так, то коли і з якої причини? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 3. Чи під час знеболення щось привертало особливу увагу? Якщо так, то що саме? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 4. Чи дитина приймає якісь медикаменти? Якщо так, то які? | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 5. Серцево-судинна система: | |
| відставання у фізичному розвитку | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| дитина синіє при фізичному навантаженні | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| вади серця та судин | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 6. Дихальна система: | |
| часто хворіє запаленням легень | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| має задишку | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| хворіє бронхіальною астмою | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| інші захворювання легень, а саме: | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 7. Печінка, нирки, схильність до кровотеч: | |
| хворіла гепатитами (жовтяницями) А, В, інші | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| були хвороби нирок та сечовидільної системи | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| має схильність до кровотеч та появи синців | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 8. Стан нервової системи та опорно-рухового апарату: | |
| чи є відставання в психічному розвитку | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| нервові захворювання | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| були травми голови, струси мозку | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| були судоми | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| хвороби м'язів, ослаблення м'язової сили | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| були захворювання кісток, суглобів | Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Не знаю <input type="checkbox"/> |
| 9. Ендокринна система: | |

- хворіє цукровим діабетом Так Ні Не знаю
 хвороби надниркової, щитовидної залоз Так Ні Не знаю
 10. Чи у дитини є алергія на ліки, продукти, інше Так Ні Не знаю
 Якщо так, то на що саме:
 Які прояви алергічної реакції:
 шкірні висипання, діатез Так Ні Не знаю
 задишка Так Ні Не знаю
 алергічний нежить Так Ні Не знаю
 11. Захворювання батьків та родичів дитини:
 туберкульоз Так Ні Не знаю
 епілепсія Так Ні Не знаю
 цукровий діабет Так Ні Не знаю
 бронхіальна астма Так Ні Не знаю
 інші:
 12. Чи проводились дитині профілактичні щеплення? Так Ні Не знаю
 13. Чи дитина має рухомі зуби, зубокорегуючі апарати? Так Ні Не знаю
 14. Інші істотні проблеми зі здоров'ям дитини, про які не було згадано:
 15. В день проведення наркозу дитина є натще від _____ години

Наступну частину анкети просимо заповнювати разом з анестезіологом.

Лікар-анестезіолог _____

провів зі мною розмову, під час якої мені доступно пояснено перебіг знеболення моєї дитини, зрозумів(ла) ці пояснення, міг(могла) задати питання стосовно всіх проблем, пов'язаних із знеболенням, його способом, перебігом та ускладненнями.

Даю згоду на проведення санації ротової порожнини під загальним знеболенням (наркозом).

Погоджуюсь на всі необхідні для проведення наркозу маніпуляції.

Дата
лікаря

Підпис дитини старше 14 років

Підпис батьків

Підпис

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Анестезіологічне забезпечення в
амбулаторній стоматології»
(підпункт 2 пункту 3 розділу IV)

Шкала Aldrete Postanesthetic Recovery Score

Активність	Має можливість рухати всіма кінцівками	2
	Має здатність рухати двома кінцівками	1
	Не має здатності рухати кінцівками по команді чи самовільно	0
Дихання	Має здатність самостійно дихати та кашляти	2
	Задишка чи обмеження дихання	1
	Апноє	0
Кровообіг	АТ +/- 20% від передопераційного рівня	2
	АТ +/- 21-49% від передопераційного рівня	1
	АТ +/- 50% від передопераційного рівня	0
Свідомість	Повне пробудження	2
	Пробудження при зверненні	1
	Не реагує на звернення	0
Сатурація крові	Підтримує SpO ₂ >92% при кімнатному повітрі	2
	Потрібна інгаляція O ₂ для підтримання SpO ₂ >90%	1
	SpO ₂ <90%, незважаючи на інгаляцію O ₂	0

Оцінка результатів:

Оцінка кожного критерію оцінюється максимально в 2 бали.

Результат 8 – 10 балів – повне пробудження.

Результат менше 8 балів – виписка неможлива
