

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

готовил: Мергенбаев Айбек

План:

- **Понятие об обмороке**
- **Неотложная помощь и лечение при обмороке**
- **Анафилактический шок**
- **Лечение ЛАШ.**
- **ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (КОЛЛАПС)**
- **ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ**
- **СПИСОК оборудования и лекарственных средств для оказания неотложной помощи**

ОБМОРОКИ

- **Обморок** - приступ кратковременной потери сознания, обусловленный преходящей ишемией головного мозга, с ослаблением сердечной деятельности и дыхания. В зависимости от механизма нарушения мозгового кровообращения выделяют следующие виды обморока: мозговой, сердечный, рефлекторный и истерический.

Клиническая картина:

- 1) **Мозговой** обморок возникает при нарушении церебральной гемодинамики, когда изменяется тонус сосудов головного мозга. Он наблюдается при эпилепсии, инсульте.
- 2) **Сердечный** обморок бывает при патологии сердечно-сосудистой системы: сужения устья аорты, митральном стенозе, врожденных пороках сердца и др. Во время физического напряжения левый желудочек сердца в такой ситуации не в состоянии в достаточной степени увеличить минутный объем крови. В результате наступает острая ишемия головного мозга.
- 3) **Рефлекторный** обморок развивается под действием боли, психоэмоционального напряжения (страх, испуг). В этом случае в результате рефлекторного спазма периферических сосудов резко уменьшается приток крови к сердцу и, следовательно, снижается кровоснабжение головного мозга. Разновидностью рефлекторного обморока является ортостатический обморок. Способствует развитию данного вида обморока - хроническое недосыпание, умственное или физическое переутомление, беременность, менструация. Происходит мгновенная потеря сознания при переходе из горизонтального положения в вертикальное, вследствие падения АД при нормальной ЧСС.

Клинические проявления: В развитии обморока выделяют три периода:

Предобморочное состояние	Обморок	Постобморочный Период
<p>Дискомфорт, ощущение дурноты, головокружение, шум в ушах, неясность зрения, нехватка воздуха, появление холодного пота, ощущение «кома в горле», онемение языка, губ, кончиков пальцев.</p> <p>Продолжается от 5 сек. до 2 мин.</p>	<p>Потеря сознания от 5 сек. до 1 мин., сопровождающаяся бледностью, снижением мышечного тонуса, расширением зрачков, слабой их реакцией на свет. Дыхание поверхностное, пульс лабильный, АД снижено. При глубоких обмороках возможны тоникоклонические подергивания мышц, но патологические рефлексы отсутствуют</p>	<p>Правильно ориентируется в пространстве и времени, может сохраняться бледность, учащенное дыхание, лабильный пульс и низкое АД</p>

Неотложная помощь и лечение при обмороке

Во время приступа придать пациенту горизонтальное положение, снять галстук, ослабить тугий воротничок, пояс, обеспечить доступ свежего воздуха.

Рефлекторно воздействовать на дыхательный и сердечно-сосудистый центры (вдыхание паров 10% раствора нашатырного спирта, натереть им виски: лицо и грудь опрыснуть холодной водой; провести точечный массаж рефлексогенных зон в точках жэнь-гжун (на 1/3 расстояния между основанием перегородки носа и красной каймы верхней губы), чэн-цзянь (в центре подбородочного углубления), хэгу (на наружной поверхности кисти в области угла, образующего между большим и указательным пальцами).

При затяжном течении обморока ввести 10% раствор кофеин-бензоната натрия - 1 мл п/к. Если нет эффекта, то вводится 5% раствор эфедрин - 1 мл п/к или мезатона 1% - 1 мл п/к, а в случае брадикардии атропина сульфат 0,1% - 0,5 1 мл 1 п/к.

При выходе из обморочного состояния обеспечить проходимость дыхательных путей, затем покой, оксигенотерапия, горячий чай. Запись ЭКГ.

Первая помощь при обмороке



НАПОПРАВКУ

Анафилактический шок

- **Анафилактический шок** - является тяжелой аллергической реакцией, протекающей по типу острой сердечно-сосудистой и надпочечниковой недостаточности.

Клинические проявления:

- **Типичная форма:** у больного остро возникает состояние дискомфорта с неопределенными тягостными ощущениями. Появляется страх смерти или состояние внутреннего беспокойства, проявляющееся иногда ажитацией. Наблюдается тошнота, иногда рвота, кашель. Больные жалуются на резкую слабость, ощущение покалывания и зуда кожи лица, рук, головы; ощущение прилива крови к голове, лицу, чувство тяжести за грудиной или сдавления грудной клетки; появление болей в области сердца, затруднения дыхания или невозможность сделать вдох, на головокружение или, головную боль резкой интенсивности. Расстройство сознания нарушает речевой контакт с больным. Жалобы возникают непосредственно после приема лекарственного препарата

- **Объективно:** гиперемия кожных покровов или бледность и цианоз, различные экзантемы, отек век или лица, обильная потливость. У большинства больных развиваются клинические судороги конечностей, а иногда развернутые судорожные припадки, двигательное беспокойство, непроизвольное выделение мочи, кала и газов. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. Пульс частый, нитевидный на периферических сосудах, тахикардия, аритмия. АД снижается быстро, в тяжелых случаях диастолическое давление не определяется. Появляется одышка, затрудненное дыхание. В последующем развивается клиническая картина отека легких.
- Для типичной формы лекарственного шока (ЛАШ) характерно: нарушение сознания, кровообращения, функции дыхания и ЦНС.

- **Гемодинамический вариант:** На первое место выступают симптомы нарушения сердечно-сосудистой деятельности: сильные боли в области сердца, слабость пульса или его исчезновение, нарушения ритма сердца, значительное снижение АД, глухость тонов сердца. Наблюдается бледность или генерализованная «пылающая» гиперемия, мраморность кожных покровов. Признаки декомпенсации внешнего дыхания и ЦНС выражены значительно меньше.
- **Асфиксический вариант:** В клинической картине преобладает острая дыхательная недостаточность, которая, может быть обусловлена отеком слизистой оболочки гортани с частичным или полным закрытием ее просвета, бронхоспазмом разной степени вплоть до полной непроходимости бронхиол, интерстициальным или альвеолярным отеком легкого. У всех больных существенно нарушается газообмен. В начальном периоде или при легком благоприятном течении этого варианта шока признаков декомпенсации гемодинамики и функции ЦНС обычно не бывает, но они могут присоединиться вторично при затяжном течении шока.

- **Церебральный вариант:** Преимущественные изменения ЦНС с симптомами психомоторного возбуждения, страха, нарушения сознания, судорог, дыхательной аритмии. В тяжелых случаях возникают симптомы набухания и отека головного мозга, эпилептический статус с последующей остановкой дыхания и сердца. Возможно возникновение симптомов, характерных для нарушения мозгового кровообращения (внезапная потеря сознания, судороги, ригидность мышц затылка, симптом Кернига).
- **Абдоминальный вариант:** Характерно появление симптомов острого живота: резкие боли в эпигастральной области, признаки раздражения брюшины. Так же возможно неглубокое расстройство сознания при незначительном снижении АД, отсутствии выраженного бронхоспазма и дыхательной недостаточности. Судорожные симптомы наблюдаются редко.

Лечение ЛАШ.

- Принципы лечения:
- 1. Купирование острых нарушений функции кровообращения и дыхания.
- 2. Компенсация возникшей адренокортильной недостаточности.
- 3. Нейтрализация и ингибция в крови биологически активных веществ реакции антиген-антитело.
- 4. Блокирование поступления лекарства - аллергена в кровотоки.
- 5. Поддержание жизненно важных функций организма или реанимация при тяжелом состоянии или клинической смерти.

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

- Прекратить введение лекарства, вызвавшего анафилактический шок.
- Уложить пациента, горизонтально с приподнятыми нижними конечностями. Если больной без сознания, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка и асфиксии. Если есть съемные зубные протезы, их необходимо убрать. Ингаляция увлажненного кислорода. Венепункция – лучше 2 вены периферические.
- Ввести адреналин 0.1% от 0,5 мл до 1 мл, разведенный в 5 мл физиологического раствора, подкожно или внутривенно. При развитии угрожающей жизни реакции и снижении АД адреналин вводят внутримышечно, медленно, либо в корень языка, но наиболее целесообразно интратрахеально. Прокол трахеи производится несколько ниже щитовидного хряща через коническую связку. Обколоть место введения аллергена 0,1% раствором адреналина, разведенным в 5-10 мл физиологического раствора.
- Если АД не повышается, через 10-15 мин. Ввести глюкозы, физиологического раствора по 400 мл, поликглиукина, желатиноля – 400 мл.
- Преднизолон 3-5 мг\кг массы тела больного в\в или дексаметазон 20-24 мг всего.
- Раствор димедрола 1-2% взрослым - 1,0 мг/кг, детям - 0,5 мг/кг массы тела в\в или супрастин 2% 2-4 мл, а при отсутствии этих препаратов – пипольфен 2,5% 1-2 мл в/в.

ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (КОЛЛАПС)

- **Сосудистая недостаточность** возникает при изменении соотношения между объемом циркулирующей крови (ОЦК) и емкостью сосудистого русла. Основными факторами развития сосудистой недостаточности являются уменьшение ОЦК и нарушение вазомоторной иннервации.
- **Клиническая картина:** бледность кожных покровов, холодный пот, сужение периферических вен, резкое снижение АД, частое и поверхностное дыхание.

Дифференциальный диагноз:

Показатель	Сердечная недостаточность	Коллапс
Положение больного	Возвышенность	Горизонтальное
Температура тела	Нормальная	Понижена
Кожные покровы	Цианоз, чаще Акроцианоз	Бледность, холодный липкий пот, диффузный серый цианоз
Периферические вены	Набухание, шейные вены пульсируют	Спавшиеся
Артериальное давление	Разное	Всегда понижено
Дыхание	Учащено, поверхностно, Свободно	Учащено, усилено, затруднено

Лечение:

Придать больному горизонтальное положение
Венепункция, оксигенотерапия

Преднизолон 1-2 мг/кг массы тела больного в/в

Внутривенная инфузия: физиологический раствор, 5% раствор глюкозы не менее 500 мл,
полиглюкин, желатиноль 100 мл

Эффект положительный

Нет эффекта от лечения

Метазон 1 % - 1 мл, или норадреналин 0,2% - 1 мл, разведенные в 400 мл 5% р-ра глюкозы, или физиологического раствора в/в со скоростью 25-40 капель в минуту. Оксигенотерапия.

Госпитализация

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

- **Гипертоническая болезнь** - распространенная болезнь, основными проявлениями которой являются повышенное артериальное давление в частом сочетании с регионарными, главным образом, церебральными, расстройствами сосудистого тонуса; стадийность в развитии симптомов, выраженная зависимость течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления при отсутствии видимой причиной связи болезни с первичным органическим повреждением каких-либо органов и систем.
- **Гипертонический криз** - это резкое обострение болезни на короткий срок, характеризующееся рядом нервно-сосудистых нарушений и последующими гуморальными реакциями.

Клиническая картина:

- **Гипертонический криз II типа:** (водно-солевой вызван выбросом в кровь адреналина), более характерен для ранних стадий болезни. Клинически он проявляется дрожью, сердцебиением, головной болью. Начинается криз внезапно. Повышение АД обычно незначительно.
- **Гипертонический криз II типа:** (водно-солевой вызван выбросом норадреналина) встречается преимущественно в поздних стадиях ГБ (гипертоническая энцефалопатия). Криз проявляется сильной головной болью, тошнотой, рвотой, нарушениями зрения («летающие мушки, темные пятна перед глазами, иногда непродолжительная слепота»). По время криза может развиться нарушение мозгового кровообращения динамического характера или инсульт; нередко отмечается стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная астма и отек легких. Развивается постепенно. Диастолическое давление выше 120 мм рт. ст.

Лечение гипертонического криза:

- Дибазол 0,5% - 5 мл п/п, лазикс 20 мг в/в, клофелин - 1-2 таб. под язык при кризе I типа;
- Пентамин 5% - 0,2- 0,5 мл. в/в на глюкозе при кризе II типа
- **Госпитализация**

СПИСОК

оборудования и лекарственных средств для оказания неотложной помощи

Оборудование, инструментарий и материалы

- 1. Аппарат для измерения артериального давления (тонометр)
- 2. Бинт
- 3. Вата
- 4. Воздуховод
- 5. Жгут
- 6. Иглы с широким просветом (4 шт. из системы переливания крови) - для прокола конической связки или асфиксии)
- 7. Кислородная подушка
- 8. Лейкопластырь
- 9. Роторасширитель
- 10. Ручной респиратор (мешок Амбу)
- 11. Система для переливания
- 12. Слюноотсос
- 13. Трахеотомическая канюля
- 14. Фонендоскоп
- 15. Шприцы
- 16. Штатив
- 17. Языкодержатель

СПИСОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

- **ОБМОРОК:**
нашатырный спирт: 10% раствор кофеин-бензоата натрия, раствор кордиамина; 0,1% раствор атропина сульфата.
- **КОЛЛАПС:**
1% раствор мезатона, 5% раствор эфедрина, раствор кордиамина, 10% раствор кофеин-бензоата натрия; преднизолон или дексазон.
- **ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК:**
0,1% раствор адреналина гидрохлорида, 0,1% раствор норадреналина гидрохлорида, 2,4% раствор эуфиллина, полиглюкин, реополиглюкин, натрия хлорида изотонический раствор, 5% раствор глюкозы; аэрозоль 1,5% алулента, 0,1% раствор атропина сульфата; 2% раствор супрастина, 0,1% раствор тавегила; преднизолон (дексазон, дексаметазон); баралгин (трамал), сибазон (седуксен, реланиум, диазепам), фуросемид, 0,06% раствор коргликона.
- **ОТЕК КВИНКЕ:**
растворы: супрастина 2% (или тавегила 0,1%); преднизолона (или дексаметазона); адреналина гидрохлорида 0,1% (или норадреналина гидротартрата 0,2%, эфедрина гидрохлорида 5%, мезатона 1%); урегида (этакриновой кислоты) или фуросемида (лазикса).
- **ПРИСТУП ЭПИЛЕПСИИ:**
сибазон (или седуксен, реланиум, диазепам) 0,5% раствор, аминазин 2,5% раствор.
- **ПРИСТУП ИСТЕРИИ:**
хлорзепид (хлордиазепоксид, элениум), сибазон (диазепам, реланиум, седуксен).
- **ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ:**
раствор аминазина, 0,5% раствор сибазона (диазепама, реланиума, седуксена), преднизолон, анаприлин.
- **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ:**
инсулин, растворы: глюкозы 40%, кофеина-бензоата натрия 10%, кордиамина, мезатона 1%, адреналина гидрохлорида 0,1%, коргликона 0,06% или строфантин 0,025%.