

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Реферат:

«Неотложные состояния в практике врача-стоматолога»

Выполнил ординатор

кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ

по специальности «стоматология хирургическая»

Лейкин Александр Юрьевич

рецензент д.м.н., проф. Левенец Анатолий Александрович

Красноярск 2018

Оглавление

1. Профилактика неотложных состояний.

1.1.Артериальная гипертензия

1.2.Ишемическая болезнь сердца

1.3.Бронхиальная астма

1.4.Профилактика нарушений гемостаза

1.5.Профилактика обмороков

1.6.Профилактика осложнений сахарного диабета

1.7.Профилактика острой надпочечниковой недостаточности

1.8.Профилактика острых аллергических реакций

1.9.Профилактика судорог. Эпилепсия

1.10.Профилактика инфекционного эндокардита

2. Оказание неотложной помощи

3. Список литературы

Введение

В современной стоматологической практике остаются актуальными вопросы неотложных состояний. Сложность проблемы связана с рядом специфических особенностей амбулаторного приема больных. Во-первых, это массовый вид специализированной помощи, которая нередко оказывается на фоне сопутствующей патологии. Кроме этого, челюстно-лицевая область является мощной рефлексогенной зоной и требуется адекватное анестезиологическое обеспечение, что не всегда достигается. Поэтому у пациентов наблюдается страх перед стоматологическим вмешательством, что повышает чувствительность к боли. Возникают изменения в нервной и в гипоталамогипофизарно-надпочечниковой системах, которые проявляются побочными реакциями. Во-вторых, возможности обследования больного с целью выявления нарушений жизненно важных органов ограничены и времени на них, как правило, нет. В-третьих, стоматологические вмешательства по неотложным показаниям проходятся у многих больных в период максимального психоэмоционального напряжения, обуславливая снижение порога восприятия раздражений, и, естественно, повышение до патологического уровня стресс-реакции организма. В-четвертых, следует не забывать о потенциальной опасности анестезирующих препаратов, а также иногда о скоротечном развитии осложнений, опасных для жизни пациентов.

Поэтому в практической деятельности врача-стоматолога, ведущего амбулаторный прием, существует необходимость оказывать пациентам не только стоматологическую, но и неотложную медицинскую помощь. Быстрая реакция врача и его опыт, наряду с правильной организацией рабочего места, позволяют избежать тяжелых осложнений, своевременно их устранить и спасти жизнь пациента.

I.Профилактика неотложных состояний

Профилактика - наилучший способ избежать неотложных состояний. Стоматолог должен знать и уметь провести необходимую профилактику неотложных состояний.

1.Артериальная гипертензия (АГ).

Профилактика: провести премедикацию успокаивающими средствами, медикаментозно отрегулировать АД, использовать адекватные методы обезболивания анестетиками без содержания адреналина. При необходимости следует применять препараты с содержанием в них адреналина в концентрации 1:200000 и ниже с

соблюдением мер предосторожности против внутрисосудистого введения (аспирационная проба). Плановая стоматологическая помощь должна быть отложена при АД постоянно более 160/100, экстренная - при АД более 180/110 мм рт. ст. Направить пациентов к терапевту/кардиологу;

2. Ишемическая болезнь сердца

Страх или боль во время стоматологического вмешательства либо использование адреналина в растворах местных анестетиков, могут спровоцировать приступ стенокардии и способствовать развитию инфаркта миокарда.

Профилактика: пациенты с очевидной стенокардией должны продолжать принимать ежедневные антиангинальные препараты, в том числе в день лечения у стоматолога. Стоматологу лучше проверить, что больной действительно делает это. Необходимо, чтобы пациент имел под рукой препараты для самопомощи, или они должны иметься в наборе для неотложной помощи. Необходимо использовать премедикацию транквилизаторами у лиц, страдающих ИБС с повышенной тревожностью. При местном обезболивании использовать препараты, не содержащие адреналин или применять в качестве вазоконстриктора в местных анестетиках вазопрессин, фелипрессин. Во время лечения контролировать уровень артериального давления.

Рекомендации по оказанию стоматологической помощи пациентам с обострением ИБС (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия):

1. После неосложненного инфаркта миокарда можно проводить лечение через 3 недели.
2. Нестабильная стенокардия – отложите помощь до стабилизации состояния (повышен риск инфаркта миокарда).
3. Экстренную помощь пациентам с обострением ИБС необходимо проводить в стационаре с кардиомониторированием и премедикацией транквилизаторами. В поликлинике оказывать минимальную неотложную стоматологическую помощь.

Необходимо помнить! Несердечные боли в груди отмечаются в 4 раза чаще. В частности мало вероятно, что боль сердечная, если она, отмечается у молодого человека, по характеру колющая, меняет локализацию, четко очерченная, продолжается < 30 сек, ощущается под грудью и не связана с нагрузкой. При всех трудностях диагностики боли в груди необходимо оправить пациента к терапевту/кардиологу.

3. Бронхиальная астма

Во время стоматологического вмешательства при возбуждении может возникнуть приступ астмы. При использовании медикаментов и материалов с резким запахом, возможно так же развитие бронхоспазма.

Профилактика. Консультация лечащего врача пациента. Подробный сбор анамнеза с целью выявления аллергенов, провоцирующих бронхоспазм. В день лечения рекомендовать больному принять обычно применяемые лекарственные препараты и принести на прием используемый ингалятор. При проведении обезболивания предпочтение следует отдать местной анестезии. При повышенной чувствительности к сульфитам не применять местно-обезболивающие препараты с вазоконстрикторами из-за содержания в них бисульфита в качестве консерванта сосудосуживающего средства. Не применять ацетилсалициловую кислоту (опасность развития так называемой «аспириновой астмы») и другие препараты, провоцирующие бронхоспазм (морфин, индометацин). При тяжелом течении астмы лечение лучше отложить.

4.Профилактика нарушений гемостаза

Первостепенное значение имеет хорошо собранный анамнез. Необходимо обратить внимания на системные заболевания, сопровождающиеся дефицитом гемостаза (гепатит и/или алкоголизм, гемофилия, тромбоцитопения, почечная недостаточность), лечение цитостатиками или лучевая терапия, прием противосудорожных средств (вальпроевая кислота). Пациенты с нарушением свертывания крови не должны подвергаться хирургическим манипуляциям без предварительной консультации с терапевтом или гематологом!

1. Если риск кровотечения высокий, назначаются клинические анализы: общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов; международное нормализованное отношение (МНО) для оценки риска кровотечения у лиц, получающих варфарин; протромбиновое время (ПТИ) для оценки риска кровотечения у больных с поражением печени. Если основные показатели свертывания крови находятся в доступных пределах, то после консультации с лечащим врачом пациента можно проводить удаление зуба, вскрытие абсцесса. Более сложные операции следует выполнять только в стационарных условиях после коррекции показателей свертывания крови. Исключить лекарственные препараты, усиливающие действие антикоагулянтов (аспирин, фенилбутазон, макролиды и цефалоспорины).

2. Пациентов с врожденными нарушениями свертывания крови (гемофилия А, Б, болезнь фон Виллебранда) лечат в стационаре, предварительно проводят заместительную терапию, а после удаления зуба вводят антифибринолитические средства (например,

аминокапроновую кислоту). Используются различные методы и средства местного гемостаза.

3. Если пациент получает непрямые антикоагулянты (варфарин), необходим контроль МНО. Если МНО > 3.0 - проконсультируйтесь с терапевтом/кардиологом. Лучше пропустить прием варфарина за 24-48 часов перед лечением. Эффекты варфарина усиливают аспирин, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), длительный прием парацетомола, противомикробные средства (пенициллины, тетрациклин, эритромицин, миконазол).

4. Если пациент получает гепарин, например, по поводу хронического гемодиализа, стоматологическое лечение проводят в дни между диализом, поскольку гепарин разрушается в течение 10 часов. При экстренном лечении действие гепарина можно нейтрализовать протаминам сульфатом (10 мг/мл В/В).

5. Пациентов с печеночной недостаточностью госпитализируют, для профилактики кровотечений при участии гематологов, гастроэнтерологов им проводят курс витамина К, переливание свежзамороженной плазмы, тромбомассы.

6. Нет строгой необходимости прекращать прием антитромбоцитарных средств - аспирина, клопидогреля, дипиридамола. Локальных гемостатических мер вполне достаточно для остановки кровотечения. Если необходимо отменить аспирин, то это нужно сделать за 10 дней до хирургического вмешательства.

5. Профилактика обмороков

1. Лечение необходимо назначить на раннее время и сократить время ожидания после прихода в клинику до минимума.

2.Использовать успокаивающие средства.

3.Успокаивающие собственные действия.

4.Не заразиться тревогой самому.

5.Обезболивание места укола иглы при местной анестезии и проведение инъекции на высоте глубокого вдоха.

6.Соблюдать осторожность при переводе пожилых лиц из горизонтального положения в вертикальное, позвольте им некоторое время (1-2 мин) посидеть для восстановления церебральной перфузии.

6. Профилактика осложнений сахарного диабета.

Врач-стоматолог обязан помнить о возможности развития у таких пациентов коматозного состояния. Это может быть следствием выброса в кровь большого количества

адреналина, являющегося антагонистом инсулина, что приводит к развитию гипергликемической комы. После хирургического вмешательства, вследствие ангиопатии, снижение иммунобиологических свойств организма, наблюдается замедленный процесс заживления раны и развитие инфекции. В результате хронического ДВС-синдрома у больных сахарным диабетом после операции наблюдаются ранние и поздние кровотечения.

Профилактика. Перед стоматологическим вмешательством у больных сахарным диабетом необходима консультация эндокринолога. В день лечения рекомендовать пациенту принять обычно используемые антидиабетические препараты. Все стоматологические манипуляции проводить утром, через 1-2 часа после принятия пищи и введения инсулина. Врач-стоматолог должен знать особенности данной группы пациентов (тщательный выбор успокаивающих средств для премедикации, создание хорошего психологического климата на приеме и т. д.). Для местной анестезии использовать препараты без адреналина или содержание в качестве сосудосуживающего вещества норадреналин или фелипрессин. В послеоперационном периоде назначать химиотерапевтические средства для профилактики инфекции.

У больных, с декомпенсированным СД стоматологические вмешательства при неотложных состояниях проводятся только в стационарных условиях.

7. Профилактика острой надпочечниковой недостаточности.

Лицам, принимающим большие дозы глюкокортикостероидов на протяжении длительного времени, требуется дополнительное назначение этих препаратов (обычно суточная доза удваивается). Обсудите данный вопрос с терапевтом/кардиологом.

8. Профилактика острых аллергических реакций.

Нередко пациенты, обращающиеся к врачу-стоматологу, имеют в анамнезе проявления аллергических реакций, в том числе и на местно-обезболивающие препараты. Наиболее часто встречаются аллергии на местные анестетики (особенно группы сложных эфиров - новокаин), а также на парабены, бисульфит натрия и др., содержащиеся в качестве консервантов. Кроме того, аллергические реакции могут вызывать антибиотики, сыворотки, стоматологические материалы и т. д. При контакте с аллергеном возникает аллергическая реакция немедленного типа вплоть до развития анафилактического шока.

Профилактика. Тщательный сбор анамнеза с целью выявления аллергических реакций. Особое внимание необходимо обратить на больных, страдающих аллергическими и инфекционно-аллергическими заболеваниями (ревматизм, коллагенозы, бронхиальная

астма, экзема и др.). Не использовать препараты, на которые уже отмечались аллергические реакции. При необходимости направить пациента на консультацию к аллергологу. Ввести в состав премедикации антигистаминные препараты или гормональные средства (преднизолон, гидрокортизон).

9. Профилактика судорог. Эпилепсия.

Приступ судорожного синдрома может возникнуть при стрессовой ситуации, при использовании местных анестетиков.

Профилактика. Подробный сбор анамнеза с целью выявления у пациента судорожных припадков. Консультация у лечащего врача больного. В день обращения к стоматологу принять обычно принимаемые пациентом лекарственные препараты. Перед лечением провести медикаментозную подготовку успокаивающими средствами. При наличии частых эпилептических припадков стоматологические вмешательства проводить в период наименьшей плотности приступов в условиях многопрофильной больницы с участием анестезиолога-реаниматолога, невропатолога. Лучше прервать курсовое стоматологическое лечение, если у клиента отмечаются в это время припадки. Рекомендуется использование местных анестетиков группы артикаина.

10. Профилактика инфекционного эндокардита

Эндокардит может развиваться при преходящей bacteriemia после вмешательств в полости рта и на зубах, сопровождающихся кровотечением из десен или слизистых оболочек полости рта (из-за обильной микрофлоры в полости рта). Для профилактики важно назначать антибиотики **перед вмешательством**, поскольку бактерии могут фиксироваться уже через несколько минут после их попадания в кровь. Профилактика инфекционного эндокардита проводится пациентам из группы высокого и среднего риска: протезированные клапаны сердца, инфекционный эндокардит в анамнезе, большинство врожденных пороков сердца, ревматические или иные приобретенные пороки сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана с регургитацией.

Рекомендации:

1. Обсудите с терапевтом/кардиологом схему профилактики эндокардита
 2. Убедитесь, что необходимые антибиотики назначены пациенту.
- Стандартные схемы антибиотикопрофилактики: а) для взрослых амоксицилин по 2,0 г (детей – по 50 мг/кг) перорально за 1 час до процедуры, б) при невозможности приема лекарств внутрь - ампициллин по 2,0 г (для детей по 20 мг/кг) за 30 мин в/м, в); при аллергии

к пенициллинам - цефалексин по 2,0 г (для детей по 20 мг/кг) или кларитромицин по 500 мг (для детей по 15 мг/кг) внутрь за 1 час до процедуры

- Профилактика эндокардита не показана при стоматологических вмешательствах, когда вероятность кровотечения из десен мала (например, пломбировании зуба выше десны, установке ортодонтических аппаратов), инъекции анестетиков в слизистую полости рта, удалении молочных зубов.

II. Оказание неотложной помощи

Общие правила поведения медицинского работника в экстренном случае:

- Сохранять спокойствие.
- Демонстрировать компетентность.
- Быть активным – действовать!
- Никогда не предоставлять пациента самому себе.
- Успокаивать пациента и его близких.

Кратковременная потеря сознания (обморок)

Обморок, синкопе (греч. *syn* — с, вместе; *koptein* — отрезать, обрывать) — быстро, спонтанно, внезапно, без всяких предвестников наступающее преходящее нарушение сознания, состояние сильного угнетения деятельности сердца, сосудистой и психической сферы, как правило, приводящее к нарушению постурального тонуса и падению. В большинстве случаев причиной обморока является внезапно развившееся нарушение перфузии головного мозга, остро развившееся рефлекторное снижение сосудистого тонуса. Неотъемлемым признаком обморока является потеря сознания, пусть даже на считанные секунды. **Коллапс** характеризуется резким снижением артериального давления. Коллапс может привести к развитию обморока, но может пройти и без такового — с сохранением сознания.

Согласно рекомендациям Группы по изучению синкопальных состояний при Европейском обществе кардиологов (2001), выделяют пять патогенетических вариантов синкопе:

- 1) ортостатические синкопе;
- 2) нейрорефлекторные синкопе;
- 3) аритмические синкопе;
- 4) синкопе, связанные со структурными поражениями сердца или легких;
- 5) цереброваскулярные синкопе.

Обморок имеет три последовательные стадии:

- 1) пресинкопальная, предвестников, непостоянная, от нескольких секунд до нескольких минут (дискомфорт, нарастающая слабость, головокружение, тошнота, неприятные ощущения в области живота, сердца, потемнение в глазах, звон в ушах);
- 2) собственно синкопе, обморок, отсутствие сознания длительностью от 5 секунд до 4–5 минут (снижение артериального давления, брадикардия до 40–50 ударов в минуту, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледнеют, подкожные вены спадаются, пульс слабый. При глубоком обмороке могут наблюдаться судороги;
- 3) стадия восстановления, постсинкопальная, восстановления сознания и ориентации, длительностью в несколько секунд, однако некоторое время сохраняется тревожность, испуг, адинамичность, вялость, чувство разбитости.

Большинство причин потери сознания – нейрорефлекторные (вазовагальные) у молодых и ортостатические у пожилых пациентов.

Причины: вазовагальный синкопэ – тревога, страх, боль; ортостатический синкопэ – резкий переход из горизонтального положения в вертикальное.

Диагностические методы при синкопальных состояниях существенно ограничены. Врач-стоматолог должен ориентироваться лишь на клиничко-анамнестические данные и результаты ЭКГ, которые позволяют определить (но не исключить) аритмическое или миокардиальное происхождение синкопе, оценить риск для жизни пациента и принять решение о необходимости госпитализации в профильное отделение.

Неотложная помощь

Вазовагальные обмороки и другие проявления нейрорефлекторного синдрома требуют исключительно мер общего характера: следует обеспечить пациенту открытый доступ свежего воздуха, расстегнуть одежду или сдавливающие аксессуары (ремень, ворот, корсет, бюстгальтер, галстук), придать ногам возвышенное положение, обеспечить профилактику западения языка. Ускорить возвращение сознания может помочь поднесение к носу ватки с нашатырем, что приводит к активации сосудодвигательного и дыхательного центров.

Большинство синкопальных состояний не требуют специфической фармакотерапии. Применение лекарственных средств показано только для лечения основных заболеваний, являющихся непосредственной причиной расстройства сознания: 40–60 мл 40% глюкозы при гипогликемии; подкожное введение 0,5–1,0 мл 0,1% атропина сульфата при выраженной брадикардии, глюкокортикоиды при подозрении на анафилактикоидный генез нарушения сознания. При тяжелом медикаментозном коллапсе возможно введение фенилэфрина (мезатона) — до 1 мл 1% раствора подкожно или 0,1–0,5 мл внутривенно струйно.

Ишемическая болезнь сердца

Стенокардия - клинический синдром, связанный с острой преходящей кратковременной ишемией миокарда, возникающей на фоне недостаточности коронарного кровообращения, и проявляющийся характерными болями.

Инфаркт миокарда - участок некроза сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения.

Основные причины возникновения.

Ишемия миокарда возникает вследствие несоответствия между снабжением миокарда кислородом и потребностью в нем, повышающейся при физической или эмоциональной нагрузке. Непосредственной причиной инфаркта миокарда служит разрыв или расщепление атеросклеротической бляшки и повышенная агрегация тромбоцитов, приводящая к образованию тромба, сопровождающиеся сегментарным спазмом вблизи атеросклеротической бляшки.

Классификация.

Выделяют стабильную стенокардию и нестабильную стенокардию. При стабильной стенокардии относительно одинаковые приступы возникают в более или менее идентичных условиях. Термин "нестабильная стенокардия" является собирательным понятием, объединяющим синдромы, наиболее угрожающие по развитию инфаркта миокарда или внезапной смерти: впервые возникшую стенокардию напряжения или покоя (в течение 4 недель с момента первого болевого приступа) и прогрессирующую стенокардию (в этом случае приступы становятся более частыми и тяжелыми, падает эффективность нитратов, снижается толерантность к нагрузке).

С практической точки зрения важно выделение неосложненного и осложненного инфаркта миокарда. При осложненном течении инфаркта миокарда наблюдаются снижение артериального давления (АД), развитие кардиогенного шока, острой левожелудочковой недостаточности, аритмий.

Клиническая картина стенокардии характеризуется следующими критериями:

- приступообразность с четко очерченными началом и прекращением приступа, который может длиться от 1-5 до 10 мин, не превышая 15-20 мин;

- определенные условия возникновения приступов:

боли возникают во время физической нагрузки и купируются в покое; у некоторых больных, кроме того, роль провоцирующего фактора могут играть холодный ветер, прием пищи и переедание, эмоциональная нагрузка;

- четкий эффект от приема нитроглицерина: он наступает в течение 1-2-3 минут, сокращая продолжительность приступа или предупреждая его развитие.

Как правило (но далеко не всегда), боль локализуется за грудиной и носит сжимающий, давящий или распирающий характер. Реже она локализуется в эпигастрии, левой лопатке, нижней челюсти и др. Возможна иррадиация боли в обе стороны грудной клетки, в руки (чаще - в левую). Патогномоничной для стенокардии считается иррадиация в шею, в остальных случаях иррадиация боли диагностической значимостью не обладает.

При инфаркте миокарда боль более интенсивная, продолжительная, чем при стенокардии, иногда нестерпимая, распространяется на всю грудную клетку, не купируется приемом нитроглицерина. Приступ может сопровождаться развитием удушья, слабостью, холодным потом, падением АД, нарушениями ритма и проводимости.

Неотложная терапия ангинозного приступа:

1. Целью неотложной терапии стенокардии является **полное купирование болевого синдрома** в кратчайшие сроки и предотвращение таким образом развития некроза миокарда.

Необходимо прекратить все стоматологические вмешательства, удалить инородные предметы из полости рта, придать больному полулежачее положение, измерить АД.

С этой целью используются нитраты с коротким латентным периодом действия:

нитроглицерин в таблетках под язык (0,5 мг). В случае его эффективности ангинозный приступ купируется в течение 2-3 мин. Если через 5-7 мин. после приема нитроглицерина боли не купировались, можно повторить прием препарата в той же дозе или с ее увеличением вдвое под контролем частоты сердечных сокращений (ЧСС) и АД. Повышение дозы нитроглицерина целесообразно, если больной давно принимает препарат, адаптирован к обычным дозам, хорошо их переносит.

Альтернативой традиционному нитроглицерину в таблетках могут служить другие быстродействующие лекарственные формы нитратов, - например, 5-10 мг изосорбида динитрата (нитросорбид) в виде таблеток под язык ил и в виде спрея 1,25-2,5 мг.

Преимущество этих лекарственных форм - не только быстрое, но и пролонгированное действие, поэтому их применение особенно целесообразно перед транспортировкой пациента в стационар. Эти препараты могут также использоваться для профилактики приступов стенокардии у больных ишемической болезнью сердца перед стоматологическим вмешательством. При купировании приступа больной наблюдается в течение 1 часа и при хорошем самочувствии, отсутствии аритмии, симптомов сердечной недостаточности (одышки, удушья), нормальном АД может быть направлен на ЭКГ и на консультацию к кардиологу (терапевту)

2. Если после трехкратного применения нитратов у больного ангинозный приступ не купируется, затягивается более чем на 10-20 мин., его интенсивность, длительность и иррадиация необычны для данного пациента, если боль в грудной клетке сопровождается снижением АД, появлением удушья, потливости, аритмией (то есть при обоснованном подозрении на острый инфаркт миокарда), необходима срочная консультация терапевта или кардиолога, поскольку дальнейшие этапы неотложной терапии требуют участия специалиста. Необходимо принять меры для экстренной госпитализации пациента в кардиологическое или реанимационное отделение стационара. С целью **купирования болевого синдрома** в этой ситуации применяют наркотические анальгетики, препарат выбора является **морфин**. Препарат вводят внутривенно дробно. 1мл 1% раствора разводят изотоническим раствором хлорида натрия до 20 мл и вводят 2-5мг каждые 5-15 мин до полного устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).

Гипертонический криз

Гипертонический криз (ГК) - требующее неотложной терапии внезапное повышение систолического и диастолического АД выше индивидуально привычных цифр у больных, страдающих артериальной гипертензией, сопровождающееся дисфункцией вегетативной нервной системы и усилением расстройства мозгового, коронарного и почечного кровообращения.

Основные причины возникновения:

Внезапное повышение АД может провоцироваться нервно-психической травмой, употреблением алкоголя, резкими колебаниями атмосферного давления, отменой гипотензивной терапии и др.

Классификация.

По клиническому течению разделяют гипертонический криз на неосложненный и осложненный. Возможные осложнения: приступ стенокардии, острый инфаркт миокарда, гипертоническая энцефалопатия, отек головного мозга (характеризуются головной болью, спутанностью сознания, выраженной тошнотой и рвотой, судорогами, комой); острое нарушение мозгового кровообращения с появлением очаговых неврологических расстройств, эклампсия, развитие сердечной недостаточности в виде приступа сердечной астмы, в тяжелых случаях отек легких, расслаивающая аневризма аорта.

Диагностические критерии

Диагностика гипертонического криза основывается на следующих основных критериях:

1 Относительно внезапное начало.

2 Индивидуально высокий подъем АД.

3. Наличие субъективных и объективных симптомов церебрального, кардиального и вегетативного характера. К субъективным симптомам относятся головная боль, несистемное головокружение, тошнота и рвота, ухудшение зрения, кардиалгия, сердцебиение и перебои в работе сердца, одышка. К объективным - возбуждение или заторможенность, озноб, мышечная дрожь, повышенная влажность и гиперемия кожи, субфебрилитет, симптомы переходящих очаговых нарушений в центральной нервной системе; тахи- или брадикардия, экстрасистолия.

Основные направления терапии

1. Постепенное снижение АД на 20-25 % по сравнению с исходным при лечении неосложненного гипертонического криза.

2. Быстрое снижение АД на 20-30 % по сравнению с исходным при лечении осложненного гипертонического криза с целью профилактики развития необратимых изменений со стороны сердца, мозга и смерти пациентов.

При лечении неосложненного гипертонического криза лекарственная терапия не должна быть агрессивной. Следует помнить о возможных осложнениях избыточной гипотензивной терапии - медикаментозных коллапсах и снижении мозгового кровотока с развитием ишемического повреждения головного мозга.

Терапия неосложненного гипертонического криза: прием сублингвально пропранолола в дозе 10-20 мг или каптоприла в дозе 12,5-25 мг, per os антагониста кальция нифедипина (коринфара, кордафлекса) в дозе 10-20 мг. При отсутствии эффекта через 30 мин. прием препаратов можно повторить.

Терапия осложненного гипертонического криза: показано парентеральное (в\в) введение препаратов:

- при развитии острой энцефалопатии - дибазола (5-10 мл 0,5% растворе внутривенно струйно), эуфиллина (5-10 мл 2,4% раствора внутривенно струйно или капельно);
- при судорожном синдроме - диазепама (2 мл внутривенно струйно) и сульфата магния (5-10 мл 25% раствора хлоридмагния внутривенно струйно медленно в течение 5-7 мин.);
- при сердечной недостаточности (отек легких) - мочегонных (лазикс 40-80 мг внутривенно струйно), нитратов (нитроглицерин 1 таблетка под язык);
- при развитии стенокардии, инфаркта миокарда - нитратов (нитроглицерин под язык, бета-адреноблокаторов (анаприлин 10-20 мг под язык). Использование этих лекарственных средств требует участия специалиста (терапевта, кардиолога, невропатолога).

После оказания первой помощи такие больные, а также пациенты с неосложненным впервые возникшим гипертоническим кризом, подлежат госпитализации в терапевтическое отделение стационара. При неосложненном кризе, стабилизации АД на нормальном или индивидуально нормальном уровне, отсутствии субъективной и объективной симптоматики нарушений со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы пациенты должны быть направлены к кардиологу в поликлинику.

Аритмии сердца и нарушения проводимости.

Аритмии сердца представляют собой нарушение частоты и (или) последовательности сердечных сокращений: учащение (тахикардия) либо урежение (брадикардия) ритма, преждевременные сокращения (экстрасистолия), дезорганизация ритмической деятельности (мерцательная аритмия) и т.д.

Неотложная терапия показана при нарушениях сердечного ритма только в следующих ситуациях:

1. При их плохой субъективной переносимости.
2. При появлении нарушений гемодинамики (снижение АД или развитие сердечной недостаточности) в результате аритмии сердца.
3. При прогностически значимых аритмиях.

Основные причины возникновения.

Острые нарушения ритма сердца могут осложнять течение заболеваний сердечно-сосудистой системы - ИБС, пороков сердца, кардиомиопатий, а также гипертиреоза. Аритмии нередко развиваются на фоне артериальной гипертензии, застойной сердечной недостаточности, электролитных расстройств (например, гипокалиемии, гипокальциемии, гипомагниемии). Их возникновение может провоцироваться приемом лекарственных средств - сердечных гликозидов, эуфиллина, препаратов, удлиняющих интервал QT (например, антиаритмиков - хинидина, кордарона, некоторых антигистаминных средств - в частности, терфенадина) и др., а также приемом алкоголя. **Нарушения сердечного ритма на стоматологическом приеме** возникают в результате рефлекторного влияния болевой реакции, идущей из области операционного поля, или в результате фармакологического действия анестетиков на фоне метаболического ацидоза вследствие стрессового фактора.

Классификация.

Классифицируют аритмии на основании результатов электрокардиографического исследования (синусовые, предсердные, желудочковые и т.д.) В практической работе врач-стоматолог должен выделять впервые возникшие нарушения ритма, брадиаритмии, тахиаритмии и пароксизмальные тахикардии.

Диагностические критерии.

Аритмии сердца и нарушения проводимости могут протекать бессимптомно, либо проявляются ощущениями сердцебиения, перебоев в работе сердца, "переворачивания" и "кувыркания" сердца. При нарушении гемодинамики возможны падение АД, обморок, отек легких, развитие приступа стенокардии

Неотложная терапия:

1 Если нарушение ритма возникло впервые, при этом самочувствие больного хорошее, ЧСС не менее 50 и не более 120 ударов в минуту, нет гемодинамических нарушений (снижения АД, проявлений сердечной недостаточности), то показана срочная консультация кардиолога, терапевта, ЭКГ-исследование для уточнения диагноза и тактики ведения больного. Вопросы о дальнейшем лечении у стоматолога необходимо решать совместно с кардиологом (терапевтом).

2. Брадиаритмия (синусовая брадикардия, синоатриальная блокада, атриовертрикулярная блокада) нуждаются в терапии при нестабильной гемодинамике. Показано внутривенное введение 0,3-1 мг атропина. Больные должны быть госпитализированы.

3. Тахикардия или неправильный ритм при нормальной ЧСС (пароксизмальная мерцательная аритмия; групповая, политопная экстрасистолия). Показан пропранолол (анаприлин) в дозе 10-20 мг под язык. Если у больного имеется бронхообструктивный синдром - верапамил в дозе 40 мг под язык. Больные должны быть госпитализированы.

4. Пароксизмальная тахикардия (правильный ритм с ЧСС > 150 ударов в мин.), суправентрикулярная, желудочковая тахикардия, трепетание предсердий с правильным коэффициентом проведения). При АД > 100 мм рт. ст. у больных молодого возраста в случае неосложненного пароксизма возможно проведение вагусных проб (кашель, задержка дыхания, проба Вальсальвы, искусственное вызывание рвоты). При отсутствии эффекта возможен прием пропранолола в дозе 10-20 мг под язык. Возможно внутримышечное введение 200 мг лидокаина. Больные должны быть госпитализированы.

Судорожный синдром

Судорожные припадки – выключение сознания на 1-3 мин.

Причины. Нерегулярный прием противосудорожных средств, отказ от лечения, употребление алкоголя накануне, стресс.

Клиника:

- Быстрая потеря сознания.
- Ригидность туловища, конечности выпрямляются, больной падает.
- Апноэ и цианоз. Рвота, прикусывание языка и недержание мочи.
- Симметричные ритмичные (толчкообразные) движения туловища.
- Возвращение сознания - постепенное с дезориентировкой.

- После припадка - головная боль, спутанность сознания, возбуждение, желание спать.

Неотложная помощь при судорогах, развившихся в кресле:

-Убрать все инструменты от пациента.

-Опустить кресло горизонтально максимально близко к полу.

-Повернуть пациента на бок (меньше риск аспирации).

-Насильственно не удерживать пациента, не пытаться вставлять ему между зубами что-либо (особенно собственные пальцы).

-Вызвать СМП, если припадки продолжаются > 3 минут или пациент стал цианотичным с самого начала.

-Контролировать проходимость дыхательных путей.

-Дать кислород через маску 6- 8 л/мин.

-Проверить пульс, частоту дыхания и АД.

Приступ < 1 минут - медикаментозного лечения не требуется.

Действия после припадка:

-Отложить стоматологическое лечение.

-Поговорить спокойно, доброжелательно с пациентом, чтобы оценить его уровень сознания после припадка.

-Не позволять покинуть кабинет, если его уровень сознания полностью не восстановился.

-Провести быстрый осмотр полости рта на наличие повреждений.

-В зависимости от состояния пациент отправляется домой в сопровождении взрослого или в стационар (решает СМП).

Гипогликемия

Причины. Результат увеличения обычной дозы инсулина, пропущенного приема пищи, приема алкоголя, увеличения физической нагрузки.

Клиника:

-Быстрое начало.

-Тремор.

-Тревога.

-Головокружение.

-Головная боль.

-Неадекватное поведение (в том числе агрессия).

-Пульс частый, хорошего наполнения.

-Кожа влажная.

Без лечения состояние ухудшается с развитием комы и судорог.

Неотложная помощь при гипогликемии:

-Прекратите прием, манипуляции.

-Пациент в сознании - глюкоза внутрь (таблетки, сироп, сладкие напитки).

-Пациент без сознания, не контактен - вызвать СМП; уложить пациента на горизонтальную поверхность: в\в 40-60 мл 40% глюкозы. При отсутствии реакции – в\в капельно раствор 5 % глюкозы.

Комы

Кома — это наиболее глубокая степень церебральной недостаточности, состояние резкого торможения высшей нервной деятельности, сопровождающееся глубокой потерей сознания, отсутствием рефлексов на внешние раздражения, расстройством регуляции жизненно важных функций организма, различными нарушениями дыхания (гипо- или гипервентиляция) и кровообращения (артериальная гипо- и гипертензия), всех видов чувствительности. Значимую информацию для оценки комы несет внешний вид пациента при осмотре. Цианоз, выраженный рисунок венозной системы на груди и животе указывают на портальную гипертензию или цирроз печени, то есть на печеночную кому. Горячая сухая кожа может быть при сепсисе, тяжелой инфекции, обезвоживании. Судороги и ригидность затылочных мышц, мимической мускулатуры подтверждают кому вследствие повышения внутричерепного давления (травма, тромбоз, опухоль).

В диагностике комы важна оценка запаха при дыхании: диабетический ацидоз как причина комы обычно характеризуется запахом ацетона изо рта, гнилостный запах свидетельствует о печеночной коме, а запах мочи — о почечной.

При коме неясной этиологии необходимо исследовать содержание сахара в крови.

Мероприятия по оказанию первой помощи пациенту, находящемуся в коматозном состоянии, проводят немедленно. Необходимо срочное восстановление и поддержание адекватного состояния жизненно важных функций (дыхания и кровообращения):

1. Проводят санацию верхних дыхательных путей для восстановления их проходимости, выводят нижнюю челюсть, устанавливают воздуховод.
2. При наличии самостоятельного дыхания проводят оксигенотерапию через носовой катетер, маску, интубационную трубку, трахеостому.
3. При отсутствии самостоятельного дыхания проводят искусственную вентиляцию легких методом «рот ко рту» или через маску, интубационную трубку, трахеостомическую канюлю мешком Амбу.

4. Интубации трахеи должна предшествовать премедикация 0,1% раствором атропина сульфата в дозе 0,5–1,0 мл.
5. При артериальной гипотензии показано внутривенное капельное введение 1000–2000 мл 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы или 400–500 мл рефортана или стабизола. При неэффективности инфузионной терапии вводят внутривенно капельно прессорные амины (допамин, норадреналин).
6. При артериальной гипертензии проводят коррекцию артериального давления до значений, превышающих «рабочие» на 10–20 мм рт.ст. (при отсутствии анамнестических сведений — не ниже 150–160/80–90 мм рт.ст.), путем внутривенного капельного введения 2,5% раствора магния сульфата 250–500 мл, 2,4% 10 мл раствора эуфиллина. После ЭКГ-диагностики аритмий необходимо восстановление адекватного сердечного ритма.
7. Определяют концентрацию глюкозы в капиллярной крови с целью диагностики гипогликемии и гипергликемии. При гипогликемии вводят внутривенно капельно 40% раствор глюкозы 20,0–40,0 мл.
8. При развитии судорожного синдрома, который в практике врача-стоматолога наиболее часто обусловлен эпилепсией: после клизмы с 1–3% хлоралгидратом пунктируют вену и вводят внутривенно болюсно сибазон 2 мл, или седуксен 2 мл, или реланиум 2 мл, или димедрол 2 мл, 2,5% раствор аминазина 1–2 мл, 2,5% раствор пипольфена 1–2 мл на фоне внутривенного капельного введения барбитуратов короткого действия (гексенал 1% или тиопентал натрия 1%) или 2,5% раствора сернокислой магнезии.

Клиника диабетической (кетоацидотической) комы:

1. Постепенное начало.
2. Кожные покровы сухие, без цианоза, тургор кожи снижен, тонус глазных яблок снижен.
3. Резкий запах ацетона изо рта (в выдыхаемом воздухе).
4. Язык сухой, гиперемирован.
5. Дыхание Куссмауля (частое поверхностное).
6. Температура тела снижена.
7. Пульс слабого наполнения, тахикардия, экстрасистолическая аритмия.
8. Гипотензия.
9. В желудочном отделяемом — «кофейная гуща».
10. Олигурия.

При наличии указаний на сахарный диабет чаще возникает гипогликемическая кома.

Клиника гипогликемической комы:

1. Острое начало

2. Бледность и влажность кожных покровов
3. Нормальная температура тела
4. Ригидность мышц, повышение сухожильных рефлексов
5. Быстрый выход из комы при введении 50–60 мл 40% р-ра глюкозы.

Неотложная помощь при кетоацидотической коме:

1. Прекратите прием, манипуляции.
2. Обеспечить госпитализацию больного (вызвать СМП)
3. Обеспечение свободной проходимости дыхательных путей: очистить ротовую полость от рвотных масс.
4. Регидратация в случае гиповолемического шока (АД ниже 70 мм рт. ст.) или анурии. Используют изотонические растворы (р-р натрия хлорида 100 мл)
5. Введение инсулина на догоспитальном этапе производится только в случае длительной транспортировке в стационар (свыше 3 ч).

Неотложная помощь при гипогликемической коме:

1. Прекратите прием, манипуляции.
2. Обеспечить госпитализацию больного (вызвать СМП)
3. Обеспечение свободной проходимости дыхательных путей: очистить ротовую полость от рвотных масс.
4. Уложить пациента на горизонтальную поверхность: в\в 40-60 мл 40% глюкозы. При отсутствии реакции – в\в капельно раствор 5 % глюкозы.

Острые аллергические заболевания.

Анафилактический шок – наиболее тяжелая форма аллергической реакции немедленного типа, развивающаяся в результате повторного контакта с аллергеном и характеризующаяся острым нарушением гемодинамики, приводящим к недостаточности кровообращения и гипоксии всех жизненно важных органов.

Клиника анафилактического шока:

1. Острое, часто молниеносное развитие критического состояния.
2. Пациенты беспокойны, часто ощущают страх смерти, может быть вялость, депрессия.
3. Пульсирующая головная боль, шум или звон в ушах.
4. Сжимающие боли за грудиной.
5. Кожный зуд, уртикарная сыпь.
6. Гиперемия склер, слезотечение.

7. Заложенность носа, зуд и першение в горле.
8. Боли в эпигастрии.
9. Может быть гиперемия кожных покровов, слизистые цианотичны, нередко акроцианоз, холодный пот.
10. Выражена одышка со стридорозным компонентом.
11. Кашель, дыхание шумное, свистящее, слышно на расстоянии.
12. Прогрессирует острая дыхательная недостаточность.
13. Нарастающий отек слизистых может привести к асфиксии.
14. Вскоре покраснение кожи сменяется бледностью.
15. Быстро снижается АД до 0 мм рт. ст.
16. Выражена тахикардия, пульс нитевидный, иногда определяется только на сонных артериях.
17. Спазм гладкой мускулатуры ЖКТ проявляется спастическими болями по всему животу, тошнотой, рвотой, диареей; матки — болями в низу живота с кровянистыми выделениями из влагалища и др.
18. Возможна различная неврологическая симптоматика, вплоть до потери сознания и судорог.
19. Продромальный период (беспокойство, чувство страха смерти, кожный зуд, шум в ушах и др.) отсутствует.
20. Кожные проявления могут возникнуть спустя 30–40 минут от начала реакции и как бы завершают ее.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке должна быть оказана в считанные минуты и даже секунды, так как промедление и растерянность врача могут привести к смерти пациента.

1. Прекращение поступления аллергена!!! Прекратить введение лекарственного средства, приложить лед к месту инъекции на 15 мин, обколоть в 5-6 точках место инъекции 0,5 мл 0,1% р-ра адреналина с 5 мл физ р-ра

2. Противошоковые мероприятия:

- Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей пациента. Для этого необходимо вывести нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, удалить инородные тела из полости рта (содержимое желудка, зубные протезы). При развитии признаков нарушения проходимости дыхательных путей — срочная трахеотомия.
- Немедленно ввести 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра эпинефрина (адреналина) в/м в область латеральной поверхности бедра, причем допускается введение через одежду (допустимо

подкожное введение). При необходимости повторные инъекции делают каждые 5—20 мин, контролируя АД.

- Обеспечить в\в доступ, после чего начинают восстанавливать ОЦК путем инфузии 0,9% р-ра натрия хлорида объемом не менее 1л

3. Противоаллергическая терапия:

- Парентеральные глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг

4. Симптоматическая терапия:

- При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения ОЦК применяют вазопрессорные амины до достижения систолического АД >90 мм рт. ст: допамин в/в капельно со скоростью 4—10 мкг/кг/ мин, но не более 15—20 мкг/кг/мин. Раствор готовят из расчёта 200 мг допамина на 400 мл 0,9% р-ра натрия хлорида или 5% р-ра глюкозы, инфузию проводят со скоростью 2—11 капль в минуту.

- При развитии брадикардии вводят атропин в дозе 0,5 мг подкожно, при необходимости — вводят ту же дозу повторно через 5—10 мин.

- При манифестировании бронхоспазма показано ингаляционное введение бета2-адреномиметиков (сальбутамол 2,5-5,0 мг предпочтительно через небулайзер).

- В случае развития цианоза, появления диспноэ или сухих хрипов при аускультации показана кислородотерапия. В случае остановки дыхания показано проведение ИВЛ.

- Необходимо осуществлять постоянный контроль за функциями дыхания, состоянием сердечно-сосудистой системы (измеряя ЧСС и АД).

- Быть готовым к проведению ИВЛ и реанимационных мероприятий.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма – заболевание дыхательных путей, в основе которого лежит хроническое воспаление и гиперреактивность бронхов с бронхиальной обструкцией.

Астматический статус – тяжелое и опасное для жизни состояние – затянувшийся приступ удушья, не купирующийся обычными противоастматическими средствами в течение нескольких часов.

Причины: физические нагрузки, тревога, инфекция, контакт с аллергенами.

Клиника приступа удушья:

-Кашель, одышка и свистящие хрипы на выдохе.

-Тахикардия, гипертензия

-Свистящие хрипы могут отсутствовать при тяжелой бронхообструкции.

-При тяжелом и жизнеугрожающем приступе (астматический статус) пациент не может разговаривать, дыхание урежается, отмечается цианоз и потеря сознания.

Неотложная терапия:

- Прекратить манипуляции, прием.
- По возможности исключить контакт с причинно-значимыми аллергенами и триггерами
- Бронходилататоры – селективные бета2-адреноагонисты короткого действия, если ЧСС менее 130 в минуту (лучше через небулайзер): сальбутамол, фенотерол.
- Нет реакции на обычные дозы - тяжелый приступ, вызвать СМП.
- Глюкокортикостероиды: при среднетяжелом течении приступа – преднизолон в\в 60-90 мг на 10 мл физ. р-ра; при тяжелом приступе и астматическом статусе – немедленное введение системных глюкокортикоидов: преднизолон в\в 90-150 мг
- При астматическом статусе – кислородотерапия

Гипервентиляционный синдром.

Предрасполагающая причина - тревога. Провоцирующий фактор – страх, возникший непосредственно на стоматологическом приеме. Диагноз не всегда очевиден, как это может показаться.

Клиническая картина:

- Общая слабость, неустойчивость, головокружение, парестезии в руках, мышечные боли.
- Сердцебиение, боль в груди. Порой пациенты полагают, что у них инфаркт миокарда.
- Если приступ гипервентиляции затягивается, развиваются судороги в руках и ногах.

Неотложная помощь:

- Прекратить лечение. Спокойное и доброжелательное отношение к пациенту.
- Если исключены другие причины симптомов, попросите пациента вдыхать повторно свой выдыхаемый воздух, что приведет к повышению содержания углекислого газа.

Гипервентиляция приводит к вымыванию углекислого газа из организма и к развитию алкалоза. Реверсивное дыхание нормализует ситуацию. Оно проводится путем дыхания в неплотно приложенный к носу и рту бумажный мешок.

- При неэффективности проводимых мероприятий - корвалол/валокардин 20-40 капель внутрь.

Конверсионный синдром (истерия)

Причина. Защитная реакция на неприятные мысли или события. Психический стресс неосознанно трансформируется в соматические симптомы.

Клиника:

Один или более симптомов, характеризующихся внезапным появлением:

- Псевдосудорожные припадки
- Слепота
- Потеря голоса
- Глухота
- Паралич, мышечная слабость
- Утрата чувствительности
- Потеря сознания.

Неотложная помощь:

- Прервать стоматологическое лечение.
- Не обвиняйте в симуляции.
- Убедите пациента, что никаких угрожающих жизни событий не происходит.
- Перенести прием пациента с условием, что лечение может быть продолжено после назначения седативных средств, прежде всего транквилизаторов, используемых в качестве премедикации за 40 минут до начала приема.

Острая сердечная недостаточность

Острая сердечная недостаточность — полиэтиологический симптомокомплекс, возникающий вследствие нарушения сократительной способности миокарда, приводящий к уменьшению кровоснабжения органов (недостаточность выброса) и относительному застою крови в венозной системе и в лёгочном круге кровообращения (недостаточность притока).

Отёк лёгких — накопление жидкости в интерстициальной ткани и/или альвеолах лёгких в результате трансудации плазмы из сосудов малого круга кровообращения.

Клиника:

- нарастающая одышка разной степени выраженности (вплоть до удушья);
- положение ортопноэ;

-иногда дыхание Чейна—Стокса (чередование коротких периодов гипервентиляции с остановками дыхания);

-кашель (сначала сухой, а затем с отделением мокроты), позже — пенистая мокрота, нередко окрашенная в розовый цвет;

-чувство страха, беспокойство, страх смерти;

-бледность;

-акроцианоз;

-проливной пот;

-тахикардия (до 120-150 в минуту);

-нормальные или сниженные показатели АД;

-влажные хрипы сначала могут не выслушиваться или определяется скудное количество мелкопузырчатых хрипов над нижними отделами лёгких;

-при альвеолярном отёке выявляют звонкие разнокалиберные влажные хрипы над всеми лёгкими, которые могут выслушиваться на расстоянии (клокочущее дыхание).

Неотложная терапия:

1. Положение больного: при невыраженной картине застоя — приподнятый головной конец, при развернутом отёке лёгких — сидячее положение со спущенными ногами (не выполнять при выраженной артериальной гипотензии!). Вызвать СМП.

2. Ингаляция увлажнённого кислорода через носовой катетер со скоростью 4—6 л/мин.

3. При необходимости борьба с пенообразованием: ингаляция паров спирта.

4. Купирование «дыхательной паники»:морфин 1 мл 1% р-ра развести в 20 мл 0,9% р-ра натрия хлорида и вводить в/в дробно по 4—10 мл каждые 5—15 мин до устранения болевого синдрома и одышки либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты). Противопоказания: острая сердечная недостаточность на фоне гипертонического криза с мозговой симптоматикой, нарушение ритма дыхания (дыхание Чейна—Стокса), угнетение дыхательного центра, острая обструкция дыхательных путей, хроническое лёгочное сердце, судорожный синдром.

5. Снижение пред- и постнагрузки на сердце нитратами, особенно при инфаркте миокарда: нитроглицерин сублингвально в таблетках (0,5—1 мг), аэрозоле или спрее (0,4—0,8 мг или 1—2 дозы); при стабильном АД могут использоваться более высокие дозы или повторный приём через 10 мин. Снижение преднагрузки на сердце диуретиками: фуросемид 20—80 мг в/в. Противопоказан при шоке, гиповолемии, анурии.

6. Рассмотреть возможность назначения дезагрегантов (ацетилсалициловой кислоты) и антикоагулянтов.

7. При артериальной гипотонии начать инотропную/вазопрессорную терапию катехоламинами (см. «Кардиогенный шок»).
8. Постоянный контроль АД и ЧСС, готовность к ИВЛ.

Кардиогенный шок

Кардиогенный шок — внезапное уменьшение сердечного выброса, сопровождающееся продолжительным снижением систолического АД менее 90 мм рт. ст. и признаками нарушения периферической перфузии органов и тканей. Смертность при кардиогенном шоке составляет более 50%, а при высоком риске — 70—90%. Кардиогенный шок, как правило, возникает при обширном инфаркте миокарда (поражение более 40% массы сердечной мышца) у 5—20% больных, нередко сочетается с кардиогенным отёком лёгких.

Клиника:

- Артериальная гипотензия-снижение систолического АД <90 мм рт. ст. в течение 30 мин и более.
- Уменьшение пульсового давления <20—25 мм рт.ст.
- ЧСС >100 или <40 в минуту.
- Нитевидный пульс.
- Одышка.
- Бледность, серый цианоз.
- «Мраморный» рисунок кожи.
- Холодная кожа, покрытая липким потом.
- Возбуждение или нарушение сознания.
- Олигурия (диурез <20 мл/ч).
- Глухие тоны сердца.
- Нередко сочетается с отёком лёгких (влажные хрипы).

Неотложная терапия:

Основная цель неотложной терапии — повышение АД и экстренная госпитализация!

- Положение больного: лежа на спине с приподнятым ножным концом.
- Кислородотерапия.
- Для устранения признаков гиповолемии и при отсутствии признаков застоя в легких: в/в быстро 200 мл 0,9% р-ра натрия хлорида в течение 10 мин с повторным введением в суммарной дозе до 400 мл.

Для повышения АД применяют вазопрессоры:

- Допамин

При неэффективности допамина и/или добутамина, снижении АД менее 80 мм рт.ст. допустимо внутривенное введение эпинефрина в дозе 2—4 мкг/мин.

-При наличии отёка лёгких после стабилизации АД выше 100 мм рт.ст. добавить нитраты и морфин. I Купирование болевого синдрома (морфин).

-Рассмотреть возможность назначения дезагрегантов (ацетилсалициловой кислоты) и антикоагулянтов.

-Постоянный контроль АД, ЧСС, диуреза.

Остановка кровообращения (внезапная сердечная смерть).

После установления **признаков клинической смерти** (наличие бледных или синюшных кожных покровов, отсутствие пульсации на сонных артериях, апноэ, отсутствие сознания, расширение зрачков) необходимо сразу приступить к проведению сердечно-легочной реанимации (СЛР):

А. Восстановление проходимости дыхательных путей. Золотым стандартом обеспечения проходимости дыхательных путей остается тройной прием по П. Сафару (запрокидывание головы, открытие рта, выдвижение нижней челюсти) и интубация трахеи.

В. Искусственное поддержание дыхания. При проведении искусственной вентиляции легких методом «рот ко рту» каждый искусственный вдох должен проводиться в течение 2 секунд (нефорсированно) при одновременном наблюдении за экскурсией грудной клетки для достижения оптимального дыхательного объема и предотвращения попадания воздуха в желудок. При этом реаниматор должен производить глубокий вдох перед каждым искусственным вдохом для оптимизации концентрации O_2 в выдыхаемом воздухе, частота дыхания — 10/мин для недопущения развития гипервентиляции.

С. Искусственное поддержание кровообращения – непрямой массаж сердца:

— соотношение числа компрессий к частоте дыхания как для одного, так и для двух реаниматоров должно составлять 30:2, и действия реаниматоров должны осуществляться синхронизированно;

Д. Фармакологическое обеспечение реанимации. Рекомендуются два основных доступа для введения препаратов:

— внутривенный, в центральные или периферические вены. Оптимальным путем введения являются центральные вены — подключичная и внутренняя яремная, поскольку обеспечивается доставка вводимого препарата в центральную циркуляцию. Для достижения

этого же эффекта при введении в периферические вены препараты должны быть разведены в 10–20 мл физиологического раствора или воды для инъекций;

— эндотрахеальный: доза препаратов удваивается и вводится в разведении 10 мл воды для инъекций.

Адреналин 1 мг каждые 3–5 минут в/в или 2–3 мг на 10 мл физиологического раствора эндотрахеально. Атропин 3 мг в/в однократно (этого достаточно для устранения вагусного влияния на сердце) при асистолии и электрической активности без пульса, ассоциированной с брадикардией (ЧСС < 60 уд/мин).

Амиодарон (кордарон) — антиаритмический препарат первой линии при фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии без пульса (ФЖ/ЖТ), рефрактерной к электроимпульсной терапии после 3-го неэффективного разряда, в начальной дозе 300 мг (разведенный в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы), при необходимости повторно вводить по 150 мг. В последующем продолжить в/в капельное введение в дозе 900 мг более 24 часов.

Лидокаин (начальная доза 100 мг, при необходимости дополнительно болюсно по 50 мг; — в качестве альтернативы при отсутствии амиодарона. При этом он не должен использоваться в качестве дополнения к амиодарону.

Е. Электрокардиографическая диагностика механизма остановки кровообращения. В реаниматологической практике для оценки ЭКГ используют II стандартное отведение, позволяющее дифференцировать мелковолновую фибрилляцию желудочков и асистию.

Выделяют 3 основных механизма остановки кровообращения: электрическую активность без пульса (ЭАБП), включающую электромеханическую диссоциацию и тяжелую брадиаритмию, фибрилляцию желудочков/желудочковую тахикардию без пульса и асистию.

Г. Дефибрилляция. При ФЖ/ЖТ без пульса рекомендуется как можно более раннее проведение дефибрилляции. В современном алгоритме дефибрилляции рекомендуется проведение 1 начального разряда энергией 360 Дж. При невосстановлении самостоятельного кровообращения проводят базовый комплекс СЛР в течение 2 минут. После чего проводят второй разряд и в случае неэффективности цикл повторяют. Обязательна оценка ритма после каждого разряда:

Разряд -> СЛР в течение 2 мин -> разряд -> СЛР в течение 2 мин...

Возможности терапии при ЭАБП/асистолии достаточно ограничены и заключаются в проведении комплекса СЛР (в том числе введение адреналина и атропина) в течение 2 минут.

Список литературы:

1. Зорян Е.В., Рабинович С. А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска. - М., 1997 -44 с.
2. Ивасенко П.И., Петрин И.Н., Вагнер В.Д. и др. Профилактика, неотложная помощь и реанимация при анафилактическом шоке в практике врача-стоматолога. - Омск, 1994 - 18 с.
3. Колмогоров С.И., Ивасенко П.И., Вагнер В.Д. и др. Неотложные состояния и реанимация в стоматологии: Методическое пособие. - Омск, 1996-21 с.
4. Конобевцев О.Ф., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Профилактика и лечение лекарственного шока в стоматологической практике. – М., 1987 - 26 с.
5. Лопатин Л.С. Лекарственный анафилактический шок. - М.: Медицина, 1983 -157 с.