



ГОУ ВПО Саратовского ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздравсоцразвития
России

Неотложные состояния при оказании амбулаторной стоматологической помощи

Луцевич К.А.

Актуальность проблемы

1. Массовость вида помощи, оказываемой на фоне сопутствующей патологии
2. Ограниченность возможностей обследования и времени на их проведение
3. Проведение стоматологических вмешательств по неотложным показаниям проводятся у большинства пациентов при повышении уровня стресс-реакции организма до патологического уровня
4. Потенциальная опасность анестезирующих препаратов и быстрое развитие осложнений, угрожающих жизни пациента

Структура побочных системных реакций у пациентов при амбулаторных стоматологических вмешательствах (Ивасенко П., г. Омск, 1999)

Побочные системные реакции	Количество больных (%)
Гипертензия	170 (21,1)
Обморок	148 (18,4)
Кровотечения	90 (11,2)
Коллапс	86 (10,7)
Аллергические реакции	74 (9,2)
Стенокардия	32 (4,0)
Токсическая реакция	26 (3,2)

Структура побочных системных реакций у пациентов при амбулаторных стоматологических вмешательствах (Ивасенко П., г. Омск, 1999)

Побочные системные реакции	Количество больных (%)
Истерические реакции	16 (2,0)
Бронхиальная астма (приступ)	12 (1,5)
Эпилепсия (приступ)	8 (1,0)
Анафилактический шок	3 (0,4)
Прочие (приступ кашля, аритмии)	139 (17,3)

Гипертонический криз

Гипертонический криз - это острый, обычно значительный, не свойственный данному больному подъем АД, характеризующийся рядом нервно-сосудистых нарушений и последующими гуморальными реакциями, требующий немедленной коррекции.

Виды гипертонического криза

1. Неосложненный гипертонический криз

2. Осложненный гипертонический криз

(инфаркт мозга — 24%, отёк лёгких — 22%, гипертоническая энцефалопатия (отёк мозга) — 17%,

острая левожелудочковая недостаточность (отёк лёгких) — 14%,
инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия — 12%,
эклампсия — 4,6%, расслоение аорты — 1,9%

Терапия неосложненного гипертонического криза

Препарат	Доза	Начало/длительность	Противопоказания
Каптоприл	0,025 под язык	15-30 минут/ 3-6 часов	Противопоказан при беременности, кормлении грудью. Осторожно при гиперкалиемии, стенозе почечных артерий.
Метопролола тартрат (эгилок, беталок и др.)	50-100 мг внутри	15 минут/6 часов	Противопоказан при беременности и кормлении грудью, СА-, АВ-блокаде II-III степени.
Фуросемид	40 мг внутри	15-30 минут/6-8 часов (диуретический эффект)	Противопоказан при гиперчувствительности, остром гломерулонефрите, гипокалиемии.
Нифедипин	10мг субл-но (с остор)	20 минут/ 4-6 часов	Противопоказан при беременности и кормлении грудью, гиперчувствительности.

Терапия осложненного гипертонического криза

- клонидин (клофелин, гемитон)
- Метилдопа (альдомет, допегит)
- Магния сульфат
- Фуросемид
- Бета-блокаторы
- Ганглиоблокаторы, натрия нитропруссид (в условиях стационара)

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ!

Ишемия миокарда

Приступ стенокардии - ишемия миокарда вследствие несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его реальной доставкой.

Инфаркт миокарда - ишемический некроз сердечной мышцы, возникающей вследствие острого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его кровоснабжением по коронарным артериям сердца.

Купирование приступа стенокардии

Назначение нитроглицерина под язык (1 таблетку 0,5 мг или 1-2 ингаляции). Эффект нитроглицерина развивается в течение 2-3 минут, при его отсутствии в течении 5-7 минут необходимо повторить прием препарата в той же дозе (или вдвое большей) под контролем АД и ЧСС.

Можно использовать сублингвально изосорбида динитрат (1 таблетка 10 мг или спрей 1-2 ингаляции). Изосорбида динитрат действует более продолжительно, что важно при необходимости транспортировки больного в стационар.

Лечение инфаркта миокарда

Если повторный прием нитратов не купировал приступ, следует принять меры для экстренной госпитализации больного.

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ!

Для купирования болевого синдрома в этой ситуации применяют наркотические анальгетики – лучше всего в/в ввести 1 мл 1% раствора морфина.

(или промедол 2%-1мл в/м, или фентанил 0,005% - 2 мл в/м)

Анафилактический шок

Анафилактический шок – тяжелая аллергическая реакция, протекающая по типу острой сердечно-сосудистой и надпочечниковой недостаточности.

Варианты течения анафилактического шока

1. Типичная форма:

- у больного остро возникает состояние дискомфорта с неопределенными тягостными ощущениями. Появляется страх смерти или состояние внутреннего беспокойства, проявляющееся иногда агитацией. Наблюдается тошнота, иногда рвота, кашель.
- Жалобы возникают непосредственно после приема лекарственного препарата.

2. Гемодинамический вариант.

3. Асфиксический вариант.

4. Церебральный вариант.

5. Абдоминальный вариант.

Принципы лечения АШ

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

применяемые для терапии анафилаксии

Лекарственное средство	Группа	Фармакологическое действие
Адреналин	Неселективный адреномиметик	Сосудосуживающее Бронходилататор Уменьшение высвобождения медиаторов аллергии
Преднизолон	ГКС	Уменьшение метаболитов арахидоновой кислоты и повышение чувствительности к катехоламинам
Димедрол	Блокатор H ₁ -гистаминовых рецепторов	Конкурентная блокада гистаминовых рецепторов на клетках-мишенях
Эуфиллин (аминофиллин)	Ингибитор Фосфодиэстеразы	Бронходилататор миотропный Уменьшение высвобождения медиатора при нормализации АД

СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Прекратить введение препарата



Адреналин вводят в/в (0,1% раствор 1 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия) медленно или капельно под контролем АД



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 в/в, супрастин 2% 2-4 мл, а при отсутствии этих препаратов – пипольфен 2,5% 1-2 мл в/в.

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.

В стоматологической практике наиболее часто встречается рефлекторный обморок

Неотложная помощь и лечение при обмороке

1. Обычно проходит самостоятельно.
2. Облегчают восстановление состояния горизонтальное положение больного с приподнятыми ногами и свободный приток свежего воздуха, ингаляция с тампона нашатырного спирта (рефлекторно возбуждает жизненно важные центры), растирание ног, согревание пациента грелками, горячий сладкий чай. Не следует торопиться с подъёмом больного; при хорошем самочувствии разрешить сесть и только потом попытаться встать.
3. При брадикардии можно ввести 0,1% раствор атропина 0,5–1мл; при низком АД вводят фенилэфрин (мезатон) 1% раствор 0,5–1мл в/в.

Острая сосудистая недостаточность (коллапс)

Сосудистая недостаточность – состояние, которое 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.

Терапия острой сосудистой недостаточности

Придать больному горизонтальное положение



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



Мезатон 1 % - 1 мл, разведенный в 400 мл 5% р-ра глюкозы, или физиологического раствора в/в со скоростью 25-40 капель в минуту



Госпитализация

Приступ бронхиальной астмы

Тактика оказания помощи:

1. Прекращение всех стоматологических вмешательств, удаление инородных предметов из ротовой полости, придание больному сидячего положения, обеспечение доступа свежего воздуха, исключение (или ограничение) контакта с провоцирующими факторами.
2. Для купирования приступа бронхоспазма и восстановления проходимости дыхательных путей в кратчайшие сроки необходимо ввести ингаляционно (1-2 вдоха) с помощью дозирующих ингаляторов селективные β_2 -адреномиметики короткого действия (сальбутамол, фенотерол).

Тактика оказания помощи (продолжение)

При отсутствии эффекта после одной ингаляции необходимо вводить повторно (каждые 20 минут 1-2 вдоха), но не более трёх раз в течение 1 часа (до улучшения состояния). Завершить манипуляцию полосканием полости рта во избежание резорбтивных эффектов.

3. При непереносимости β -адреномиметиков используют ингаляции м-холиноблокаторов (например, ипратропия бромида в виде дозированного аэрозоля 2–3 вдоха). Действие развивается медленнее и по активности уступает действию β -адреномиметиков. При необходимости ингаляцию повторяют через 30 минут.

Тактика оказания помощи (продолжение)

4. При отсутствии ингаляционных средств или невозможности использования ингаляторов рекомендуется ввести в/в медленно 10 мл 2,4% раствор аминофиллина

5. При затянувшемся приступе бронхиальной астмы необходима консультация терапевта и госпитализация.

При астматическом статусе **обязательно капельное введение глюкокортикоидов** (90–120 мг преднизолона или 200 мг гидрокортизона в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида).

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ!!!

Судорожные состояния

Судороги - это внезапные приступы клонических или клонико-тонических непроизвольных сокращений мышц с потерей или без потери сознания. Судороги возникают вследствие органического или функционального поражения нервной системы.

Первая помощь

1. При одиночном судорожном припадке лекарственные вещества не используют.
2. Необходимо удалить из ротовой полости все предметы (инструменты и зубные протезы), обеспечить проходимость дыхательных путей (вставить воздуховод, удалить скопление слизи). Следует предупредить возможность травмы, но больного не удерживать и не будить.
3. При повторных припадках (эпилептическом статусе) необходима госпитализация. Для купирования судорог вводят в/в 2мл 0,5% раствора диазепама в 20мл 40% раствора глюкозы. Если судороги продолжаются, через 15 минут препарат вводят повторно.

Кровотечения

Кровотечение – выход крови из кровеносного сосуда при нарушении целостности или проницаемости его стенки.

Выделяют ранние кровотечения, начинающиеся сразу после повреждения сосуда, и поздние, возникающие через несколько часов после травмы.

При самой распространенной операции в челюстно-лицевой области – удалении зуба – кровотечение происходит от разрыва зубной артерии, сети артериол и капилляров периодонта и десны. Это кровотечение носит характер капиллярного, паренхиматозного и обычно прекращается через несколько минут (от 5 до 20 минут). Однако, в 0,8-2,9% случаев это кровотечение продолжается после данного срока наступления гемостаза и составляет более 1/4 от всех осложнений после удаления зуба.

Способы лечения больных с геморрагическими осложнениями

Местно: введение в рану гемостатического средства – гемостатической или желатиновой губки, фибриновой пленки, гемофибрина, капрофера, оксицеллодекса и т.п. или прошивание кровоточащего сосуда, электрокоагуляция и ушивание раны или сдавливание сосуда в кости.

Общая терапия: этамзилат (дицинон) 12,5% по 2 мл в/в, или в/м (эффект наступает через 5-15 минут); при патологическом фибринолизе – амбен (памба) 1% - 10мл в/в или в/м; витамин В12 - цианокобаламин 0,05% - 1 мл в/в или в/м; витамин К - викасол: 1% - 1 мл в/м (эффект проявляется через 12-18 часов и более).

Причины и профилактика некоторых осложнений

Осложнение	Причина	Профилактика
Ишемическая болезнь сердца	Повышение секреции адреналина при стрессе или его использование в составе местноанестезирующих растворов	Проводить все вмешательства при удовлетворительном состоянии пациента, либо в условиях стационара
Сердечные аритмии	Особенно опасно использование местного анестетика на фоне брадикардии – полная АВ блокада	Проверить пульс, измерить АД, при ЧСС менее 50 – консультация терапевта
Приступ бронхиальной астмы	При использовании материалов с резким запахом	Обязательно в день визита пациент должен принять препараты, а также иметь их с собой

Причины и профилактика некоторых осложнений

Осложнение	Причина	Профилактика
Аллергические состояния	При контакте с аллергеном возникает аллергическая реакция немедленного типа вплоть до развития ЛАШ	Тщательный сбор анамнеза. Введение в состав премедикации антигистаминных средств или преднизолона
Приступ эпилепсии	Стрессовая ситуация, использование местных анестетиков	Тщательный сбор анамнеза. Консультация невролога.
Сахарный диабет	Выброс в кровь большого количества адреналина, являющегося антагонистом инсулина, приводит к развитию гипергликемической комы	Обязательно в день визита пациент должен принять препараты. Консультация эндокринолога.

Спасибо за внимание!