

26.10.17г

**НЕОТЛОЖНЫЕ
СОСТОЯНИЯ НА
АМБУЛАТОРНОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ
ПРИЕМЕ**

Неотложные состояния

общее

- любые патологические состояния организма, требующие немедленного медицинского вмешательства.



Неотложность состояния определяется:

Во-первых, степенью и скоростью нарушения функций жизненно важных органов и систем, прежде всего:

- нарушением гемодинамики (внезапное изменение частоты, ритма пульса, быстрое снижение или повышение артериального давления, острое развитие сердечной недостаточности и т.д.);
- нарушением функций центральной нервной системы (нарушение психоэмоциональной сферы, судороги, делирий, бессознательное состояние, нарушение мозгового кровообращения и т.д.);
- нарушением функции дыхания (острое изменение частоты, ритма дыхания, асфиксия и т.д.);

Неотложность состояния определяется:

Во-вторых,

- возможным исходом неотложного состояния или заболевания («предвидеть опасность - значит, наполовину ее избежать»).

Так, например, подъем артериального давления (особенно на фоне его стойкого повышения) - угроза инсульта;

Общие требования к лечению неотложных состояний.

- ⦿ как можно раннее начало проведения лечебных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи,
- ⦿ адекватная оценка эффективности проводимой терапии,
- ⦿ осуществление постоянного контроля за состоянием больного.

Лечение неотложных состояний

- ⦿ должно носить «купирующий», «обрывающий» тот или иной процесс характер, т.е. быть способным за короткое время ликвидировать, или хотя бы значительно уменьшить основные проявления патологического процесса.
- ⦿ Этого можно достигнуть выбором путей введения препарата и подбором его адекватной дозы.

Контроль за эффективностью лечения

- осуществляется на основании клинической картины, методов лабораторного и инструментального обследований, причем должна быть строгая объективность оценки лечения.
- При достижении стойкого клинического эффекта должна быть обязательно **продолжена** индивидуально подобранная поддерживающая терапия - опасность возникновения синдрома «рикошета».

Синдром «рикошета» (синдром отдачи, rebound **syndrome**)

- ⦿ – состояние, обусловленное растормаживанием регуляторных процессов или реакций после отмены лекарства, которое их подавляло.

Синдром «рикошета»

- ⦿ Таким образом, синдром «рикошета» можно сравнить с обострением заболевания после отмены лекарственного средства.
- ⦿ Чаще всего синдром «рикошета» наблюдается после отмены средств, оказывающих на организм угнетающее воздействие.

Соблюдение этапности в лечении

- Врач, оказывающий помощь на месте происшествия (**обязательно правдивую !!!**) об объеме и характере проведенных лечебных мероприятий. От предшествующей терапии зависит выбор дальнейших методов и средств лечения, а также привлечение к лечебному процессу врачей других специальностей.

Оценка состояния больного

- должна проводиться с учетом лечебных мероприятий на этапах оказания медицинской помощи - они могут так изменить клиническую картину, что врач может посчитать излишней интенсивную терапию, ошибочно диагностировать другое неотложное состояние.
- Например, значительное повышение артериального давления после введения адреналина больному с коллапсом. Такое состояние иногда расценивается как гипертонический криз, что влечет за собой введение гипотензивных препаратов.

Документация

При ведении больных с неотложными состояниями рекомендуется начинать заполнение медицинской карты следующим образом:

- указывается время осмотра,
- нужно отметить **показатели неотложности** и тяжести состояния больного: состояние нервной системы (сознание, судороги, нарушения психоэмоциональной сферы и др.), положение больного, характеристика пульса, артериального давления, дыхания, температуры, состояние кожных покровов, наличие травм и др.

ДОКУМЕНТАЦИЯ

- Если эти показатели носят угрожающий жизни характер, должно быть зафиксировано время начала интенсивной терапии, ее эффективность.

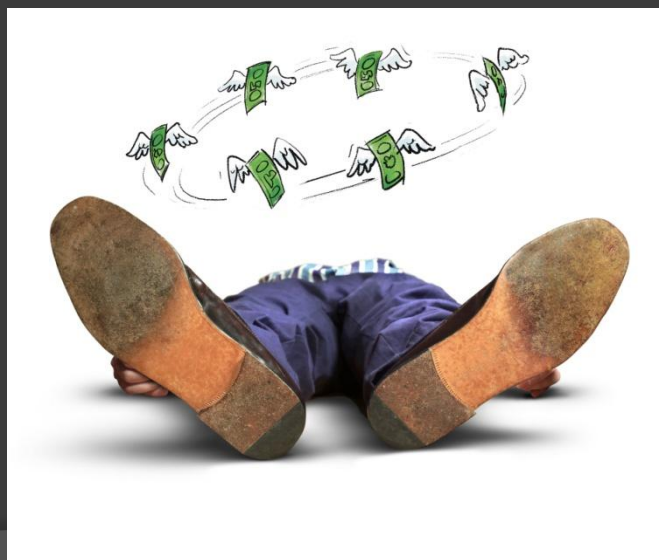


Нозологические формы

Неотложные состояния

обморок

- Внезапная кратковременная потеря сознания вследствие острой гипоксии мозга, которая развивается на фоне падения кровяного давления и нарушения мозгового кровообращения.



обморок

Причины:

- ⦿ Психогенная
- ⦿ Болевая
- ⦿ Симптоматическая (аритмии, физическое напряжение, гипервентиляции и пр.)

•Вазодилатация

- Недостаточность ОЦК за счет депонирования крови в расширенных сосудах брюшной полости и конечностей
- Недостаточный венозный отток крови к сердцу
- Снижение сердечного выброса
- Ухудшение мозгового кровообращения
- Гипоксия (аноксия) мозга

обморок

Стадии:

- ⦿ Предвестников (слабость, головокружение, тошнота, звон в ушах)
- ⦿ Нарушение сознания
- ⦿ Восстановительный период

обморок

Клиника:

- ⦿ Отсутствие сознания
- ⦿ Падение АД до 50-60 мм.рт.ст.
- ⦿ Пульс слабый, редкий
- ⦿ Кожные покровы бледные
- ⦿ Дыхание редкое, поверхностное

ПОМОЩЬ

- ⦿ Придать горизонтальное положение, поднять кверху нижние конечности;
- ⦿ Расстегнуть верхнюю одежду
- ⦿ Обеспечить приток свежего воздуха
- ⦿ Дать вдохнуть пары нашатырного спирта
- ⦿ Кофеин 10% - 1 мл в/в или в/м
- ⦿ Кордиамин – 1-2 мл в/в или в/м
- ⦿ Атропин 0,1% - 0,5 мл п/к

Коллапс

- Коллапс — одна из форм острой сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким падением сосудистого тонуса или быстрым уменьшением массы циркулирующей крови, что приводит к уменьшению венозного притока к сердцу, падению артериального давления, гипоксии мозга и угнетению жизненных функций организма.

Коллапс

- ⦿ сердечно-сосудистый коллапс (кардиогенный) — уменьшение сердечного выброса;
- ⦿ гиповолемический коллапс — уменьшение объема крови
- ⦿ вазодилатационный коллапс — расширение сосудов
- ⦿ ортостатический коллапс - снижение объема циркулирующей крови при резком изменении положения тела

коллапс

Клиника:

- ⦿ Резкое ухудшение общего состояния
- ⦿ Головокружение
- ⦿ Слабость
- ⦿ Бледность
- ⦿ Озноб
- ⦿ Холодный пот
- ⦿ Пульс частый, слабый
- ⦿ Дыхание частое поверхностное
- ⦿ Снижение АД до 70-60 мм.рт.ст
- ⦿ Сознание сохранено, нарушено (по типу оглушения)



ПОМОЩЬ



- ⦿ Положение Тренделенбурга
- ⦿ Обеспечение притока свежего воздуха
- ⦿ Кордиамин 1 мл в/в
- ⦿ Кофеин 10% - 1 мл в/в
- ⦿ Мезатон - 0,3–0,5 мл 1% раствора, разведя в 20 мл 5% раствора декстрозы или 0,9% раствора натрия хлорида
- ⦿ Эфедрин – 5% - 0,5-1 мл в/в или в/м
- ⦿ Преднизолон – 60-90 мг

ИБС, стенокардия

- ⦿ Острое нарушение коронарного кровообращения
- ⦿ Причины: эмоциональное напряжение, страх, физическое напряжение или боль во время стоматологических манипуляций
- ⦿ При безболевогой форме «эквивалентом» боли может быть приступ одышки или нарушение ритма сердца.

ИБС, стенокардия

Клиника:

- Кратковременная боль за грудиной, острая «сжимающая, давящая» с иррадиацией в левую руку, лопатку, челюсть.
- Продолжительность от нескольких до 20 минут



ИБС, стенокардия

Помощь:

- ⦿ Полусидячее положение, максимальный покой
- ⦿ Валидол, при его неэффективности
- ⦿ Нитроглицерин
- ⦿ Корвалол, валокордин

ИБС, инфаркт миокарда

- Некроз миокарда вследствие несоответствия коронарного кровообращения его потребностям в кислороде
- Развивается как правило на фоне учащения и утяжеления приступов стенокардии или длительного повышения АД

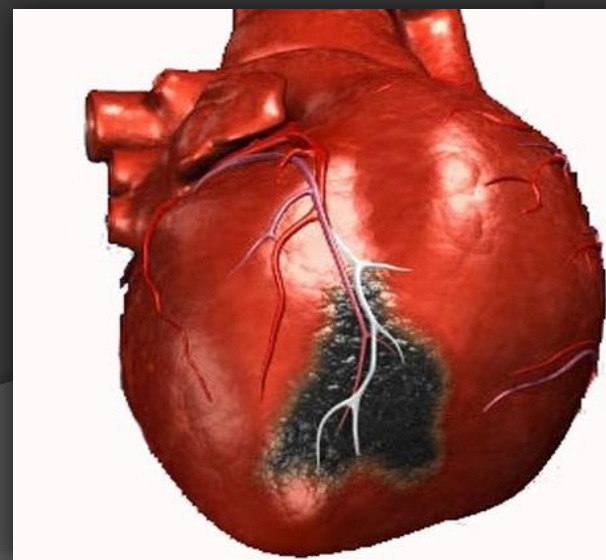
ИБС, инфаркт миокарда

Клиника:

- Боли за грудиной в области сердца;
- Внезапный приступ удушья;
- Боли в отличие от приступов стенокардии сильнее, давящие, сжимающие, длительные, до нескольких часов, не купируются нитроглицерином.

ИБС, инфаркт миокарда

- ⦿ Часто сопровождается возбуждением, беспокойством, страхом смерти, затем появляется резкая слабость;
- ⦿ Кожные покровы бледные, влажные;
- ⦿ Пульс слабый, редкий, может быть аритмия.



ИБС, инфаркт миокарда

Помощь:

- ⦿ Полный физический и психический покой, вызов кардиологической бригады;
- ⦿ Доступ свежего воздуха, при возможности – кислорода;
- ⦿ Нитроглицерин под язык, при неэффективности повторить;
- ⦿ Ослабить или полностью купировать болевой синдром (анальгин 50%- мл в/в в разведении);
- ⦿ Контроль АД, пульса, дыхания.

Инфаркт миокарда



Гипертонический криз

Клиника:

- ⦿ Головная боль и/или боли в области сердца;
- ⦿ Головокружение;
- ⦿ Тошнота, иногда рвота;
- ⦿ Чувство жара, сердцебиение;
- ⦿ Беспокойство;
- ⦿ Подъем АД.



Гипертонический криз

Помощь:

- Придать больному полусидячее положение, измерить АД, пульс;
- Капотен $\frac{1}{2}$ -1 таб;
- Дибазол 1% - 4-6 мл + папаверин 2% - 2-4 мл в/в;
- Баралгин – 5 мл в/в;
- Сульфат магния 25% - 10 мл в/в

Гипертоническая болезнь

консультация
•кардиолога

медикация
•Седативные препараты
•Антигистаминные препараты

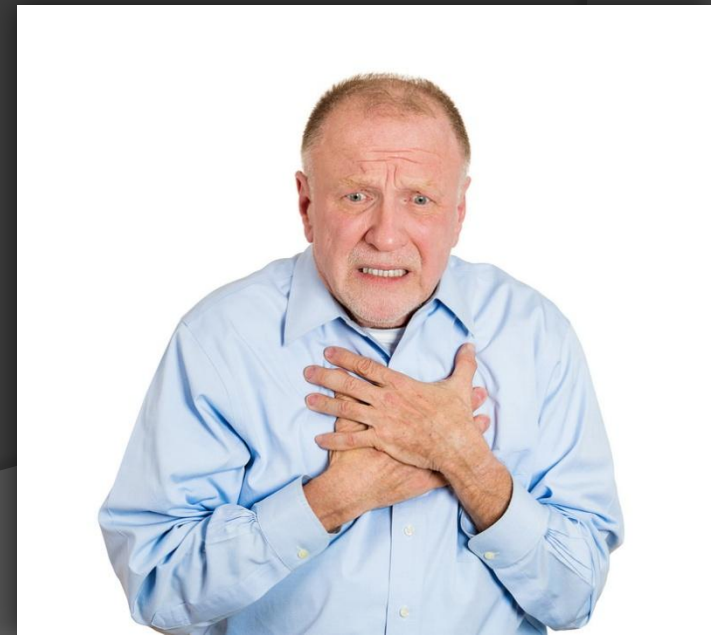
анестезия
•Анестетики
•безвазокопторная ингибиторы

особенности
•Измерение АД до, во время

Бронхиальная астма

Клиника:

- ⦿ Удушье вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой бронхов и бронхиол;
- ⦿ Экспираторная одышка;
- ⦿ Цианоз;
- ⦿ Гипертензия;
- ⦿ Тахикардия.



Бронхиальная астма

Помощь:

- ⦿ Положение сидя, физический покой, доступ свежего воздуха;
- ⦿ Сальбутамол аэрозоль;
- ⦿ Эуфиллин 2,4% - 10 мл + 10 мл 40% глюкозы или физраствора;
- ⦿ Преднизолон 60-90 мг в/в или в/м;
- ⦿ Адреналин 0,1% - 0,5мл в/в в разведении.

Бронхиальная астма

ьт

•Терапевта

дия

•Аллерг

•Антигистаминные препараты

зи

•Бронхолитики

•Анестетики

нн

•Вазоконстрикторы

•Не применять вещества

Судорожный припадок

Клиника:

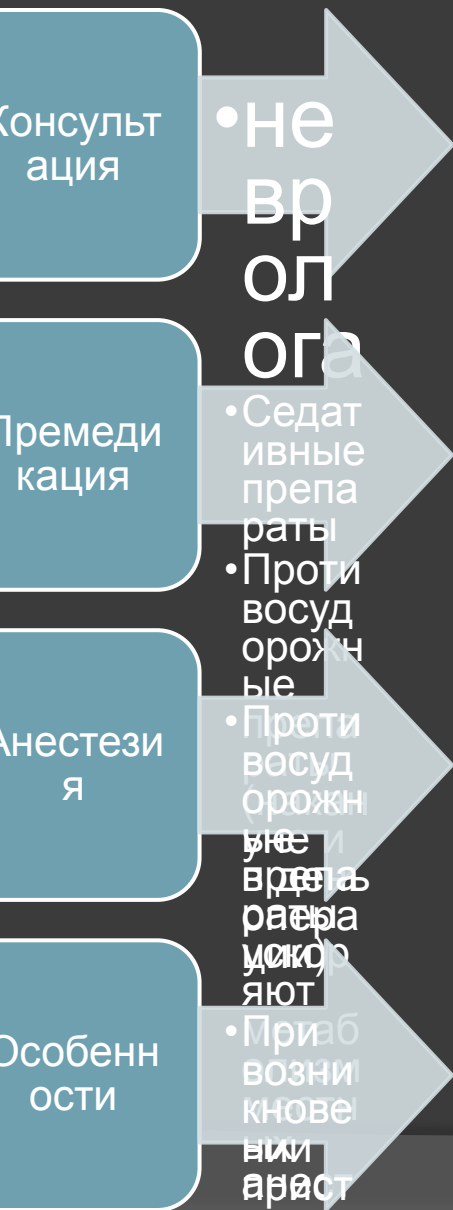
- Стадия предвестников (аура)
- Потеря сознания
- Тонические судороги (10-30 сек)
- Клонические судороги (1-2 мин)
- Стадия восстановления



Судорожный припадок

- Горизонтальное положение
- Предотвратить прикусывание языка межзубной распоркой;
- Предотвратить удары головой о твердые предметы;
- Диазепам или реланиум 2-4 мл в/в в разведении или в/м (при наличии показаний)

Эпилепсия



Анафилактический шок

- Самое тяжелое и грозное проявление аллергической реакции, возникающее в ответ на введение разрешающей дозы антигена, к которому организм сенсibilизирован.

Шок (от англ. *shock* — удар, потрясение)

- патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей и сопровождающийся прогрессирующим нарушением жизненно важных функций нервной системы, кровообращения, дыхания, обмена веществ и некоторых других функций. По сути, **это срыв компенсаторных реакций организма в ответ на повреждение.**

ШОК

Для раннего периода шока характерны относительно специфичные признаки, обусловленные особенностями этиологии и патогенеза.

Исходя из этого, различают следующие виды шока:

- ⊙ Гиповолемический;
- ⊙ Травматический;
- ⊙ Кардиогенный;
- ⊙ Септический (токсико-инфекционный).

теория стресса Г. Селье.

- Ганс Гуго Бруно Селье (нем. Hans Hugo Bruno Selye, или Янош Шейе венг. Selye János, 26 января 1907, Вена — 16 октября 1982, Монреаль) — канадский патолог и эндокринолог австро-венгерского происхождения.



Теория Селье

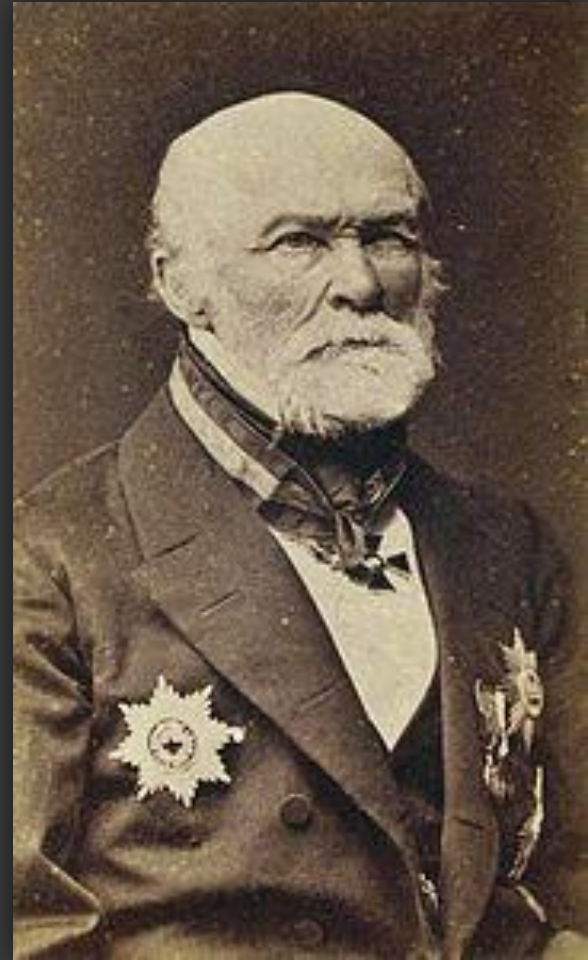
- ⦿ чрезмерное воздействие на организм вызывает в нём специфические и неспецифические реакции
- ⦿ Первые зависят от характера воздействия на организм. Вторые — только от силы воздействия. Неспецифические реакции при воздействиях сверхсильного раздражителя получили название **общего адаптационного синдрома**.

Общий адаптационный синдром протекает всегда однотипно, в три стадии:

- ◎ **стадия компенсированная (обратимая):** перфузия к жизненным органам, таким как мозг, сердце, поддерживается компенсационными физиологическими процессами;
- ◎ **стадия декомпенсированная** (частично обратимая, характеризуется общим снижением резистентности организма и даже гибелью организма): нарушение перфузии к жизненно важным органам;
- ◎ **стадия терминальная** (необратимая, когда никакие терапевтические воздействия не могут препятствовать летальному исходу).

Н. И. Пирогов

- ⦿ в середине XIX века определил в патогенезе шока понятия **эректильной** (возбуждение) и **торпидной** (вялость, оцепенение) фаз.



Диагноз «шок» ставят при наличии у больного

следующих признаков шока:

- ⊙ снижение артериального давления и тахикардия (при торпидной фазе);
- ⊙ беспокойство (эректильная фаза по Пирогову) или затемнение сознания (торпидная фаза по Пирогову);
- ⊙ нарушение дыхания;
- ⊙ уменьшение объёма выделяемой мочи;
- ⊙ холодная, влажная кожа с бледно-цианотичной или мраморной окраской;
- ⊙ замедление наполнения капилляров.

Клиническая классификация

- Шок I степени (компенсированный)
Состояние пострадавшего
компенсированное. Сознание
сохранено, ясное, больной контактен,
слегка заторможен. Систолическое
артериальное давление (АД)
превышает 90 мм ртутного столба,
пульс учащен, 90-100 ударов в
минуту. Прогноз благоприятный.

Клиническая классификация

- Шок II степени (субкомпенсированный)
Пострадавший заторможен, кожный покров бледен, тоны сердца приглушены, пульс частый — до 140 ударов в минуту, слабого наполнения, максимальное АД снижено до 90-80 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, учащенное, сознание сохранено. На вопросы пострадавший отвечает правильно, говорит медленно, тихим голосом. Прогноз серьёзный. Для спасения жизни требуется проведение противошоковых мероприятий.

Клиническая классификация

- Шок III степени (декомпенсированный) Больной адинамичен, заторможен, на боль не реагирует, на вопросы отвечает односложно и крайне медленно или вовсе не отвечает, говорит глухим еле слышным шёпотом. Сознание спутанное или отсутствует вовсе. Кожа бледная, покрыта холодным потом, выражен акроцианоз. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный — 130—180 ударов в минуту, определяется только на крупных артериях (сонной, бедренной). Дыхание поверхностное, частое. Систолическое АД ниже 70 мм ртутного столба, центральное венозное давление (ЦВД) равно нулю или отрицательное. Наблюдается анурия (отсутствие мочи). Прогноз очень серьёзный.

Клиническая классификация

- Шок IV степени (необратимый) Проявляется клинически как одно из терминальных состояний. Тоны сердца не выслушиваются, пострадавший без сознания, кожный покров серого цвета приобретает мраморный рисунок с застойными пятнами типа трупных (признак снижения кровенаполнения и застоя крови в мелких сосудах), губы синюшные, артериальное давление ниже 50 мм рт. ст., зачастую не определяется вовсе. Пульс едва ощутим на центральных артериях, анурия. Дыхание поверхностное, редкое (всхлипывающее, судорожное), едва заметное, зрачки расширены, рефлексов и реакций на болевое раздражение нет. Прогноз почти всегда неблагоприятный.

Анафилактический шок

- Ни доза, ни путь введения антигена не имеют решающего значения

Анафилактический шок

гемодинамические нарушения

- Выброс медиаторов аллергии
- Вазомоторный паралич (расширение сосудистого русла)
- Гиповолемия с последующим падением АД

Анафилактический шок

гемодинамические нарушения

- Замедление кровотока
- Нарушение проницаемости сосудов
- Интерстициальные отеки в мозге и легких

Анафилактический шок

гемодинамические нарушения

- Нарушение эндотелия
- Нарушение свертываемости крови
- Петехиальные кровоизлияния в жизненно важные органы

Анафилактический шок респираторные нарушения

- Ларинго- и бронхиолоспазм
- Отек слизистой и накопление мокроты в бронхах
- Экспираторная одышка

Анафилактический шок респираторные нарушения

- Гипоксия, респираторный и метаболический ацидоз
- Увеличение проницаемости сосудов
- Усиление отека мозга и легких

Клинические формы анафилактического шока

- ⦿ Типичная форма
- ⦿ Гемодинамическая или кардиальная форма
- ⦿ Асфиксическая форма
- ⦿ Церебральная форма
- ⦿ Абдоминальная форма

Типичная форма (жалобы)

- ⦿ Прогрессирующее беспокойство, страх смерти
- ⦿ Головная боль, головокружение
- ⦿ Тошнота
- ⦿ Онемение губ, лица
- ⦿ Кожный зуд
- ⦿ Чувство нехватки воздуха
- ⦿ Сдавление в грудной клетке

Типичная форма (объективно)

- ⦿ Гиперемия кожи
- ⦿ Элементы крапивницы
- ⦿ Отек Квинке
- ⦿ Акроцианоз
- ⦿ Холодный пот

Типичная форма (объективно)

- ⦿ Дыхание поверхностное, учащенное, м.б. хрипы
- ⦿ Резкое снижение АД
- ⦿ Пульс частый, нитевидный
- ⦿ Возможна быстрая потеря сознания
- ⦿ Развитие судорог
- ⦿ В последующем возможны остановка дыхания и сердцебиения

Ранние признаки анафилактического шока

- ⦿ Резкое ухудшение общего самочувствия в ответ на введение медикаментозных средств
- ⦿ Появление слабости, головокружения
- ⦿ Появление удушья
- ⦿ Повышенная потливость
- ⦿ Слабый пульс

Неотложная помощь

Основные усилия направлены на:

- Устранение гиповолемии
- Устранение острой дыхательной недостаточности
- Нейтрализацию медиаторов аллергии
- Предупреждение поздних осложнений

Борьба с гиповолемией

1

Адреналин 0,1% -
0,5-1,0 мл

- ⦿ Вводится любым возможным в данный момент способом вплоть до внутрисердечного

Бей или беги

- Реакция «бей или беги» — состояние, при котором организм мобилизуется для устранения угрозы.



Бей или беги

- сильное стимулирующее воздействие, кратковременно увеличивая мышечную силу, скорость реакции, чувствительность рецепторов и выносливость, а также повышая болевой порог. Значительно учащается сердцебиение, повышается кровеняное давление, учащается дыхание, повышается потоотделение. Сознание сужается, концентрируясь на источнике опасности, что позволяет частично или полностью игнорировать не относящиеся к нему сигналы: посторонние звуки, движения на периферии зрения и тому подобное.

Адреналин

- ⦿ Возбуждает α - и β - адренорецепторы
- ⦿ α -1 суживает сосуды брюшной полости, кожи и слизистых оболочек, повышает кровяное давление
- ⦿ β -1 усиливает и учащает сердечные сокращения
- ⦿ β -2 расслабляет гладкую мускулатуру бронхов, скелетной мускулатуры и сердца

Адреналин

- Расширяет зрачки
- Стимулирует гликогенолиз повышая уровень сахара в крови
- Стимулирует липолиз



2. Венепункция

Восполнение ОЦК трансфузией жидкостей

- ⊙ Наиболее рационально струйное введение 5% раствора глюкозы в первые 200 мл которой добавлены 0,5 мл 0,1% р-ра адреналина
- ⊙ Возможна инфузия физ.р-ра, полиглюкина, реополиглюкина
- ⊙ Под контролем АД

3. Устранение острой дыхательной недостаточности

- ⦿ Проподимостъ дьхательных путей
- ⦿ Ингаляции кислородом
- ⦿ Для снятия бронхоспазма вводят 10 мл 2,4% р-ра эуфиллина



4. Антигистаминная терапия

- ⦿ Преднизолон от 120 мг или дексаметазон от 16 мг
- ⦿ Далее антигистаминный фон поддерживается введением супрастина 2% - 2-4 мл
- ⦿ или тавегила (2 мл)
- ⦿ или димедрола (2-4 мл)

Отек гортани (отек Квинке)

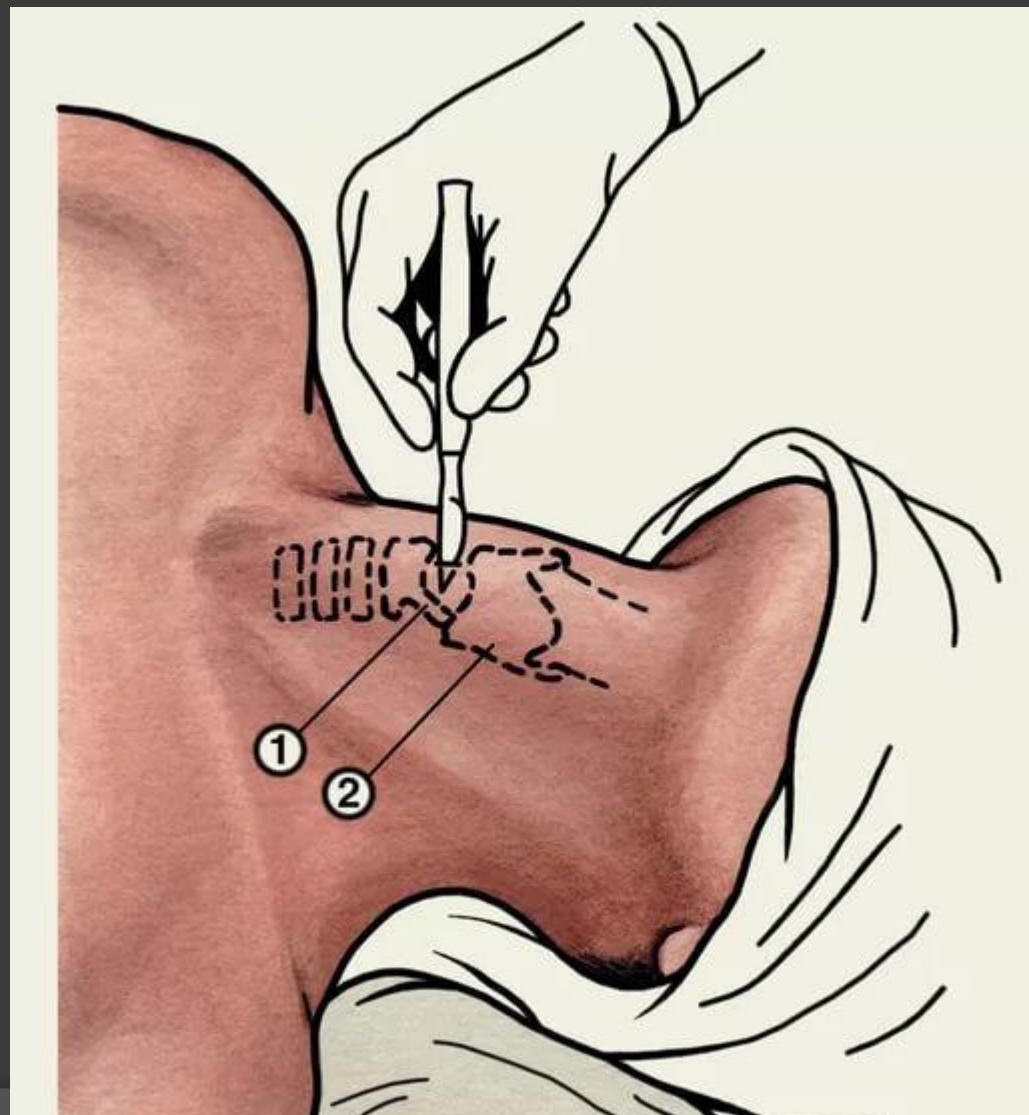
- При частичной обструкции гортани отмечаются высокие хрипящие звуки при дыхании.
- Чаще инспираторная одышка
- При полной обструкции – зловещий «звук тишины» с последующей потерей сознания

Отек гортани (отек Квинке)

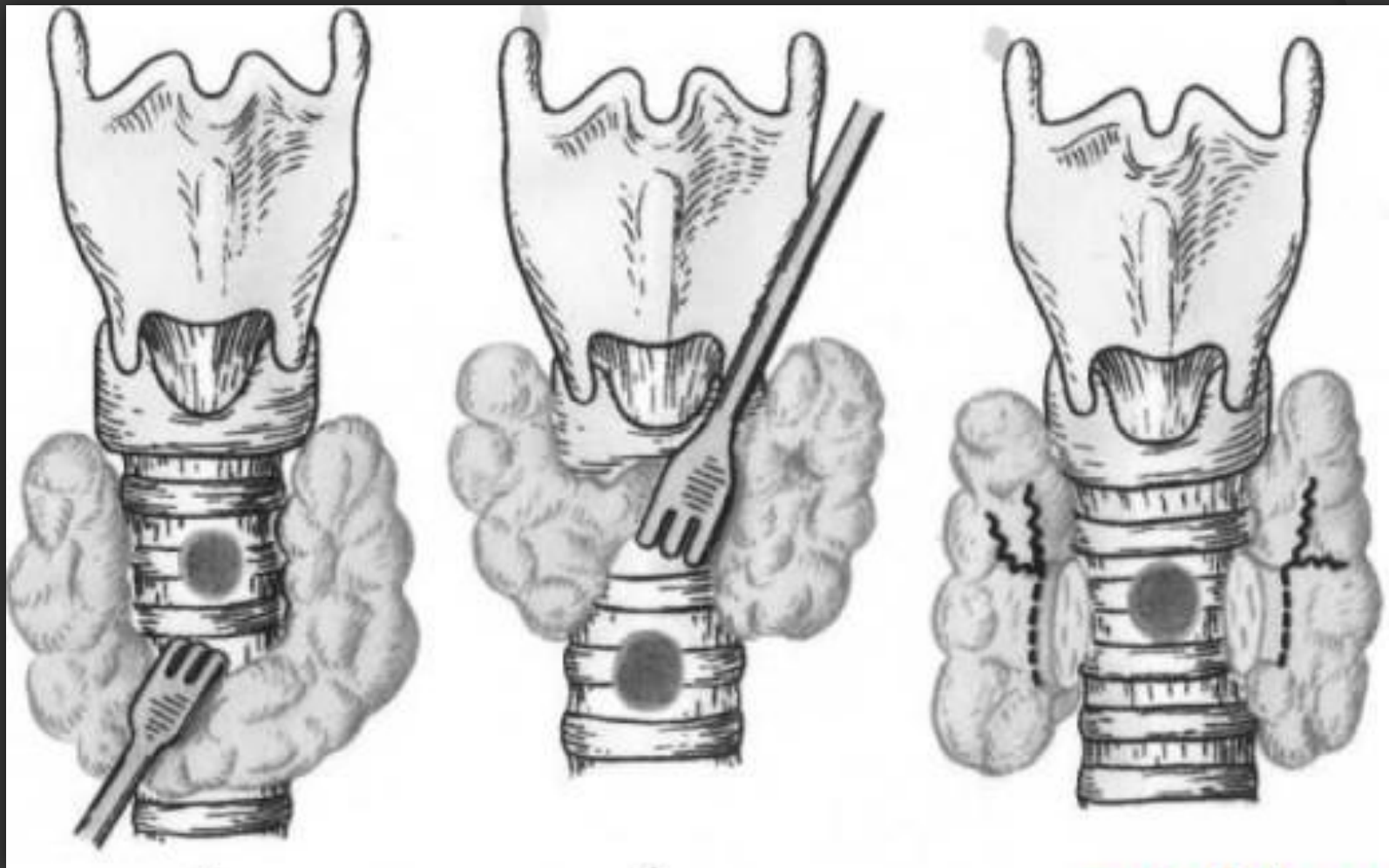
Помощь:

- ⦿ Введение 0,3 мл 0,1% адреналина в/в или в/м
- ⦿ Десенсибилизирующие препараты (супрастин, димедрол, пипольфен)
- ⦿ Кортикостероиды (преднизолон 30-60 мг, дексаметазон 8-12 мг)
- ⦿ В случае неэффективности терапии показано проведение коникотомии или трахеостомии

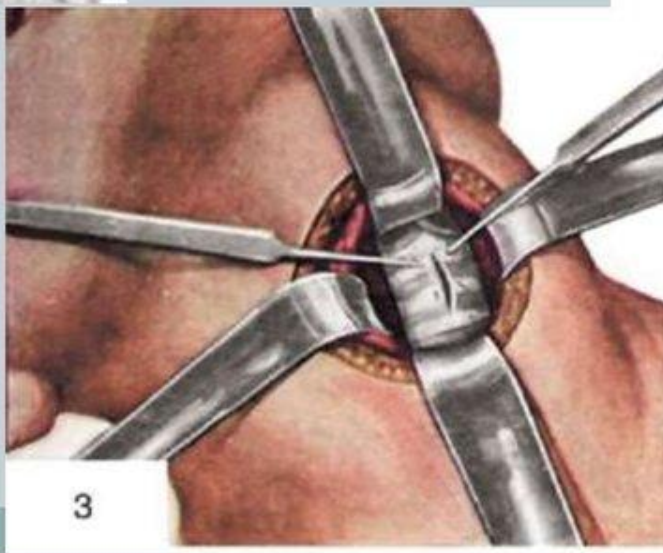
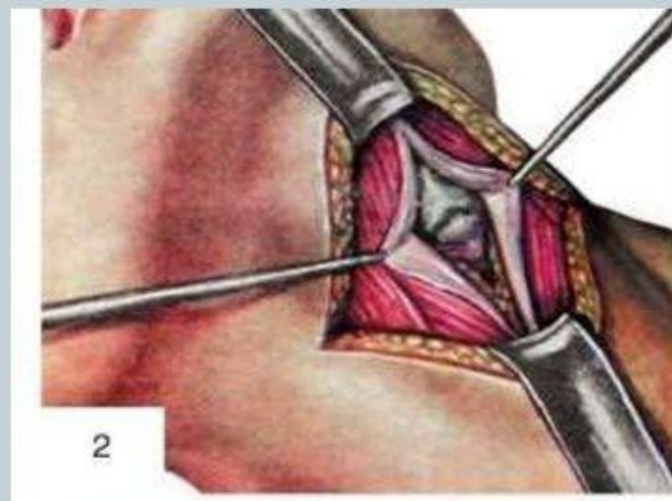
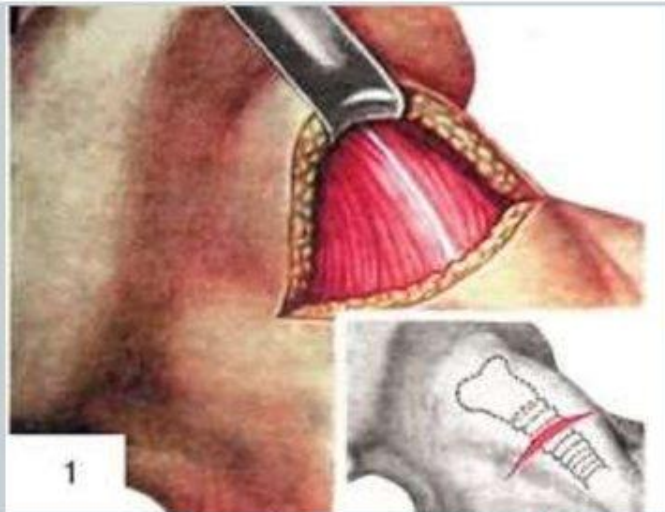
Коникотомия



Трахеостомия



Трахеостомия



Клиническая смерть

- Отсутствие кровообращения и дыхательных движений с прекращением функциональной активности коры мозга.
- Начало необратимых изменений в клетках коры больших полушарий головного мозга происходит не ранее, чем через 3 минуты.

Клиническая смерть

Критическая смерть характеризуется

ТРИ-А-ДОЙ признаков:

- ⦿ - апноэ (отсутствие признаков внешнего дыхания),
- ⦿ - асистолия (отсутствие признаков сердечной деятельности),
- ⦿ - арефлексия (отсутствие всех видов рефлексов).

Этапы оказания первой врачебной помощи:

- ⦿ I этап – организация и подготовка проведения реанимационного пособия;
- ⦿ II этап – проведение сердечно-легочной реанимации;
- ⦿ III этап – оказание медикаментозной помощи и осуществление аппаратной поддержки реанимационных мероприятий.

I этап

- 1. Вызвать по телефону «03» реанимационную бригаду (фраза «клиническая смерть»).
- 2. Вызвать к пострадавшему для оказания скорой помощи персонал с навыками проведения реанимации, медицинских работников, владеющих техникой венопункции; 1-2 человек из числа персонала для выполнения организационных поручений (встреча реанимационной бригады, сопровождение к месту оказания помощи).
- 3. Удалить из кабинета людей, не принимающих участия в проведении реанимационных мероприятий.

II этап – проведение сердечно-легочной реанимации

- Горизонтальное положение пациента на твердой поверхности с запрокинутой головой
- Обеспечение проходимости дыхательных путей

II этап – проведение сердечно-легочной реанимации

Непрямой массаж сердца:

- ⦿ Не менее 60 компрессий в течение минуты
- ⦿ Глубина компрессий – 5-6 см
- ⦿ Соотношение компрессий грудной клетки к искусственным вдохам 30/2

Контроль эффективности проводимых мероприятий

- ⦿ Появление пульсации на магистральных сосудах
- ⦿ Экскурсия грудной клетки
- ⦿ Через каждые 2 минуты показано прерывать на 5 секунд реанимацию для определения возникновения спонтанного пульса. При его возникновении следует продолжать ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания.

**III этап – преопологает
применение
медикаментозных
средств и аппарата для
подавления возникающей
фибрилляции
(дефибриллятора).**

Сахарный диабет

Консультация

• ЭНДОКРИНОЛОГА

Премедикация

• Антигистаминные и седативные препараты

Анестезия

• Без адреналина (антагонист инсулина, вызывает гипергликемию)

Особенности

- Вмешательство проводим утром, через 1-2 часа после принятия пищи и введения инсулина
- При объемном и травматичном вмешательстве назначаем антибиотики

Сравнительная характеристика гипо- и гипергликемических состояний

Гипергликемия

Постепенное начало, протрация,
затемнение сознания

Глубокое шумное дыхание

Бледность кожи и слизистых, сухость
кожи

Глазные яблоки мягкие

Снижение тургора мышц и сухожильных
рефлексов

Повышение сахара крови

Введение инсулина

Гипогликемия

Внезапное начало, возбуждение, бред, потеря
сознания

Поверхностное учащенное дыхание

Потоотделение, кожные покровы влажные

Тургор глазных яблок не изменен

Напряжение мускулатуры, судорожная дрожь

Снижение сахара

40-60-мл 40 % глюкозы

Чаще на стоматологическом приеме.

Опасна для коры головного мозга

Аритмии

Консультация

- кардиолога

Премедикация

- Седативные препараты
- Антигистаминные препараты

Анестезия

- Лидокаин без вазоконстрикторов

Особенности

- Введение верапамила в случае возникновения приступа аритмии