



Неотложные состояния при стоматологических вмешательствах у детей



Подготовила: Исатай Айжан

Стом. 007-2

Проверила: Гайсина Д.К.

План:

- 1) Введение
- 2) Обморок
- 3) Токсический шок
- 4) Коллапс
- 5) Анафилактический шок
- 6) Использованная литература



Введение



В современной стоматологической практике возникновение неотложных состояний достаточно распространенное прогнозируемое явление. Связано это с различными специфическими факторами амбулаторного стоматологического према.

При проведении разных техник обезболивания, могут возникнуть осложнения. Они могут быть как общими, так и местными. Общие: обморок, токсический шок, коллапс, анафилактический шок.

Обморок - — кратковременное нарушение сознания, которое связано с временным нарушением поступления кислорода в головной мозг или с острыми нарушениями притока крови к сердцу.

Клиническая картина. Побледнение лица, слабость, тошнота, звон в ушах, потемнение в глазах, головокружение, холодный липкий пот, падение температуры тела, быстрая потеря сознания. Зрачки расширены, дыхание поверхностное, пульс редкий, слабого наполнения. Возможны судороги.

Неотложная помощь:

1. придание ребенку горизонтального положения, лучше, если ноги будут подняты выше головы, что способствует усилению притока крови к ней; обеспечение доступа свежего воздуха ребенку;
2. стимулировать дыхательный и сосудистый центры вдыханием паров нашатырного спирта;
3. При затянувшемся обмороке назначить: - 10% раствор кофеина-бензоата натрия 0,1 мл/год жизни п/к или - раствор кордиамина 0,1 мл/год жизни п/к. При выраженной артериальной гипотензии ввести 1% раствор мезатона 0,1 мл/год жизни в/в струйно.



Токсический шок. Это состояние может быть вызвано передозировкой местных анестетиков в связи с применением их в неоправданно повышенных концентрациях и большой общей дозировке, а также при попадании раствора анестетика в ток крови. В результате этого за короткий промежуток времени в крови возникает высокая концентрация анестетика, которая способна вызвать явления отравления.).



Коллапс - угрожающая жизни острая сосудистая недостаточность, характеризующаяся резким снижением сосудистого тонуса, уменьшением объема циркулирующей крови, признаками гипоксии мозга и угнетением жизненно важных функций.

Клиническая картина. Сознание сохранено, может быть затемненным, спутанным. Отмечаются - бледность, цианоз, общая слабость, ощущение холода, озноб, чувство жажды. Язык сухой, зрачки расширены, мышцы расслаблены, дыхание поверхностное, пульс частый, нитевидный, снижено артериальное давление, холодный липкий пот. Ребенок вялый, адинамичный, апатичный



Неотложная помощь:

1) придать больному горизонтальное положение, дать доступ свежего воздуха, кислород, вызвать бригаду медицинской помощи;

2) ввести преднизолон 1-2 мг/кг массы тела в/в;

3) подкожно следует ввести раствор кордиамина или мезатона. При отсутствии эффекта в/в титрованное введение допамина в дозе 8-10 мкг/кг в мин под контролем АД и ЧСС. Оперативное вмешательство следует прекратить, а больного госпитализировать. Предупреждение обморока и коллапса заключается в следующем:

1) психологическая подготовка;

2) премедикация; 3) безболезненность проводимых манипуляций.



Анафилактический шок — острый развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный аллергической реакцией немедленного типа при введении в организм аллергена, характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания, деятельности ЦНС.

В основе развития анафилактического шока лежат аллергические реакции немедленного (первого) типа, обусловленные высвобождением в кровь ряда биологически активных веществ: гистамина, брадикинина, серотонина и др. В результате происходит нарушение проницаемости мембран клеток, спазм гладкой мускулатуры, повышение секреции желёз.

Анафилактический шок чаще развивается на введение лекарственных препаратов, реже на пищевые и другие аллергены. Тяжесть анафилактического шока в значительной мере определяется промежутком времени от момента поступления аллергена в организм до развития шоковой реакции.



Различают следующие формы анафилактического шока:

Молниеносная форма развивается в течение 1-2 мин после попадания аллергена в организм, «на кончике иглы». Характеризуется стремительным развитием клинической картины острого неэффективного сердца - один из видов остановки сердца. Симптоматика скудная: резкая бледность или цианоз и признаки клинической смерти. Пациенты иногда не успевают предъявить какие-либо жалобы. Быстро развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность с последующей остановкой кровообращения и летальным исходом.



Тяжёлая форма анафилактического шока развивается через 5-10 мин после попадания аллергена. Больной жалуется на нехватку воздуха. Чувство жара, головную боль, боль в области сердца. Быстро развивается острая сердечная недостаточность, и, если немедленно не оказана квалифицированная помощь, в течение короткого промежутка времени может наступить летальный исход.

Средней тяжести форма развивается через 30 мин и позже после попадания аллергена в организм. У большинства больных заболевание начинается с чувства жара, покраснения кожных покровов, головной боли, страха смерти, возбуждения.



В зависимости от клинической картины выделяют четыре варианта анафилактического шока:

- 1. Кардиогенный вариант** наиболее распространённый. В клинической картине основные признаки сердечно-сосудистой недостаточности. Отмечается тахикардия, нитевидный пульс, резкое снижение АД, аритмия. Расстройства внешнего дыхания, как правило, при этом варианте анафилактического шока отсутствуют. Кожные покровы «мраморные» вследствие нарушения микроциркуляции.
- 2. Астмоидный (асфиксический) вариант** характеризуется возникновением разной выраженности бронхо- и бронхиолоспазма, приводящим к развитию ОДН. Реже удушье обусловлено отёком гортани или трахеи с частичным или полным закрытием их просвета.
- 3. Церебральный вариант** характеризуется преимущественно поражением ЦНС, вызванным острым отёком головного мозга, кровоизлияниями в него и нарушениями функций головного мозга. При этом варианте часто наблюдаются психомоторное нарушение, потеря сознания, тонико-клонические судороги.
- 4. Абдоминальный вариант** характеризуется развитием симптомов острого живота. Этот вариант часто возникает при введении антибиотиков (стрептомицин, бициллин). Смерть при анафилактическом шоке чаще всего наступает в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, гипоксии и отёка головного мозга.

Интенсивная терапия на догоспитальном этапе

В любом случае, в том числе в условиях амбулаторной стоматологии, при появлении у пациента после введения лекарственного препарата чувства жара, беспокойства, возбуждения, кожного зуда, общей слабости, покраснения лица, крапивницы, кашля, затруднённого дыхания, проливного пота, головокружения, тошноты, болей в животе необходимо провести следующие мероприятия в указанной последовате.





1. Немедленно прекратить мероприятия местного характера;
2. Обеспечить проходимость дыхательных путей (очистить полость рта, удалить зубные протезы, если они есть); уложить больного; голову повернуть набок, ноги приподнять;
3. внутримышечно: - 0,1% раствор адреналина в дозе 0,05-0,1 мл/год жизни (не более 1,0 мл), 3% раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг в мышцы дна полости рта; антигистаминные препараты: 1% раствор димедрола 0,05 мл/кг (не более 0,5 мл - детям до года и 1,0 мл - старше года) или 2% раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни.
4. К месту инъекции приложить пузырь со льдом;
5. Вызвать реанимационную бригаду «скорой помощи»;
6. До прибытия специалистов постоянно проводить контроль за АД, пульсом и дыханием.

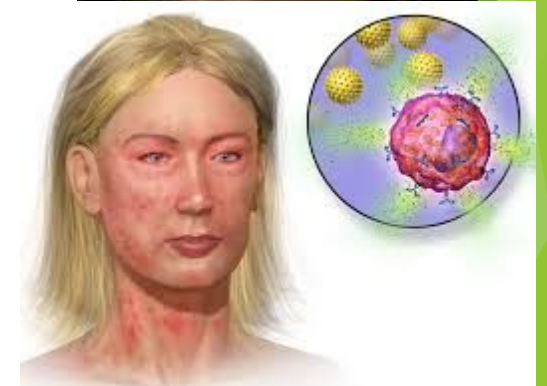
Если после проведённых мероприятий состояние больного резко ухудшается, необходимо в/в ввести следующие препараты:

- 3% раствор преднизолона 2-4 мг/кг (в 1 мл - 30мг) или - гидрокортизон 4-8 мг/кг (в 1 мл суспензии - 25 мг) или - 0,4% раствор дексаметазона 0,3-0,6 мг/кг (в 1 мл - 4 мг).

при затруднённом дыхании в/в медленно вводится **эуфиллин 2,4 %** 5-10 мл в разведении с 10 мл физраствора. В/м возможно повторить инъекцию **адреналина 0,5 мл 0,1%** раствора.

Начать проведение в/в инфузионной терапии 0,9% раствором натрия хлорида или раствором Рингера из расчета 20 мл/кг в течение 20-30 мин.

В случае остановки дыхания и сердечной деятельности должна быть проведена **первичная сердечно-легочная реанимация на месте.**



Профилактика анафилактического шока:

- точно собранный аллергоанамнез личный и семейный;
- у больных с аллергическим анамнезом на сигнальном листе истории болезни ставят штамп «аллергия» и перечисляют лекарственные препараты, вызывающие аллергию;
- после инъекций антибиотиков необходимо наблюдать больного в течение 10-20 мин;



-первую инъекцию лекарственного препарата (которая должна составлять 1/10 терапевтической дозы, а для антибиотиков не более 10.000 ЕД) вводить в верхнюю треть плеча с тем, чтобы в случае развития аллергической реакции была возможность наложить тугую жгут выше места инъекции лекарственного препарата до прекращения пульса дистальнее места наложения жгута, а место инъекции обколоть разбавленным в 10 раз раствором адреналина (1 мл 0,1% адреналина развести с 9 мл физиологического раствора),



Использованная литература:

- 1 <http://immuninfo.ru/allergologiya/anafilakticheskij-shok/profilaktika-anafilakticheskogo-shoka/>
2. <http://www.stomport.ru/state/show/elem/18>
- 3 . <http://www.babyblog.ru/user/id916317/198033>

