

ОБЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ



Выполнили: Хаджимурадова М.
Тишина Д.

МС-302

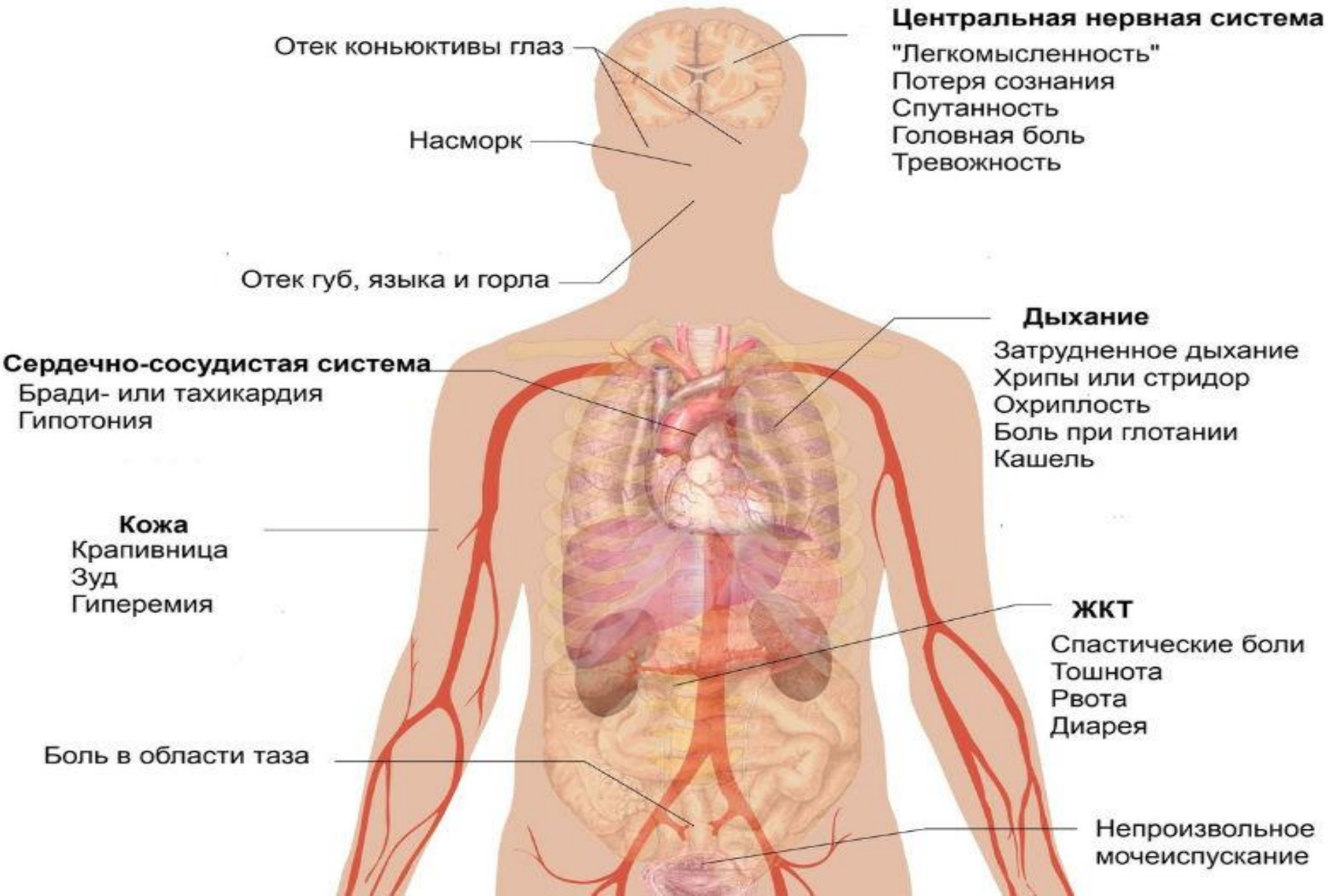
К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- Анафилактический шок
- Обморок
- Коллапс
- Гипертонический криз
- Тиреотоксический криз
- Приступ бронхиальной астмы
- Гипогликемическая кома

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

- **Анафилактический шок** - это остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный действием на организм медикаментозного препарата.
- Через непродолжительное время после введения анестетика (может возникнуть сразу после инъекции препарата или через 15-30 минут, а иногда позже) появляется чувство беспокойства, страха. Слабость усиливается. Отмечается чувство сдавления за грудиной, боль в сердце, кожные покровы резко бледнеют, покрываются холодным липким потом, появляются боли в животе, тошнота или рвота. Потеря сознания, могут появляться судороги. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. Пульс частый, артериальное давление не определяется, тоны сердца глухие, плохо прослушиваются. Затрудненное дыхание.
- При легкой и средней степени тяжести анафилактического шока можно выявить ранее перечисленные клинические симптомы. При тяжелой форме анафилаксии возможен летальный исход.

Симптомы и синдромы анафилактического шока



ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

- ▣ **Лечение** должно быть неотложным. Необходимо уложить больного, повернуть голову в сторону и выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка и асфиксии. Если у больного имеются съемные зубные протезы, то их необходимо вынуть. Больному внутривенно вводят 0,5 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида. Вводят обязательно антигистаминные препараты (2-4 мл 1% раствора димедрола или 2-4 мл 2% раствора супрастина или 2 мл тавегила), а также 60 мг преднизолона или 250-300 мг гидрокортизона.
- ▣ Для поддержания сердечной и дыхательной деятельности вводят 1-2 мл кордиамина и сердечные гликозиды (0,5 мл 0,05% раствора строфантина. При необходимости выполняют сердечно-легочную реанимацию.
- ▣ Лица, которые выведены из анафилактического шока, должны быть госпитализированы из-за опасения развития поздних осложнений со стороны сердца, почек и других органов.
- ▣ **Профилактика** заключается в тщательном собирании аллергологического анамнеза, проведении кожных проб на чувствительность больного к медикаментозному препарату, правильном подборе анестетиков при наличии повышенной чувствительности к некоторым из них.

I. Обморок (синкопе)
– приступ
кратковременной
потери сознания,
обусловленный
острой ишемией
мозга за счет
кратковременного
расстройства его
кровообращения.

II. Обычно
синкопальное
состояние
протекает в 3
стадии.



- Липотимия

- Обморок

- Постсинкопальный период

1. **Липотимия** (стадия предвестников). Головокружение, потемнение в глазах, звон в ушах, неясность зрения, тошнота, бледность, холодный пот, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, «ком в горле», онемение языка, пальцев рук, губ. Продолжительность стадии - от 4-20 сек. до 1,5 мин. Иногда она может отсутствовать.

2. **Обморок**. Длительность обморока – до 60 сек. Во время отсутствия сознания наблюдаются бледность, снижение мышечного тонуса, неподвижность, глаза закрыты, мидриаз (широкий зрачок), снижение реакции зрачка на свет, слабый лабильный пульс, снижение АД, поверхностное дыхание. При глубоком синкопе в этой стадии возможны клонические или тонико-клонические подергивания, кратковременная пауза в дыхании, непроизвольное мочеиспускание.

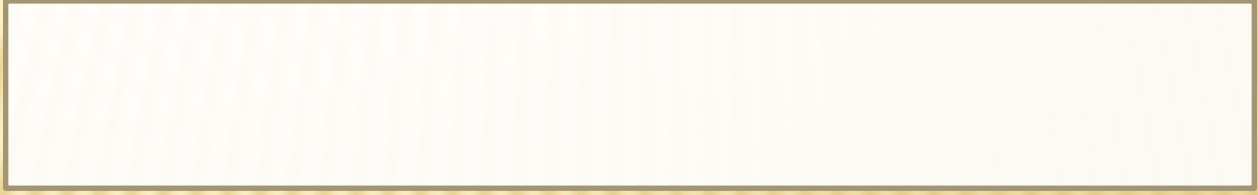
3. **Постсинкопальный период** длится от нескольких секунд до нескольких минут. Пациент тревожен, бледен, адинамичен, отмечаются тахикардия, тахипноэ, общая слабость. У пациента, перенесшего вазодепрессорный обморок, при быстром вставании может развиваться повторный ортостатический обморок.



Гипогликемический



Брадикардитмический



Кардиогенный



• **Гипервентиляционный обморок** может развиваться у пациента, который дышит часто, волнуясь перед стоматологической процедурой. Это может быть причиной разворачивающегося вегетативного криза (панической атаки). Характерной особенностью такого обморока является длительный предобморочный период, который может увеличиваться до десятка минут и сопровождаться сердцебиением, кардиалгией, нехваткой воздуха, тетанией, полиурией. Сама потеря сознания носит мерцающий характер и сопровождается измененным состоянием. Периодически сознание частично восстанавливается. Такое состояние может продолжаться до 20-30 мин. Синкопе иногда протекает без снижения АД.

- **Гипогликемический обморок** может развиваться у пациентов, длительно не принимавших пищу и затративших много энергии перед явкой на прием. Особенностью его является наличие слабости, потливости, дрожь, чувство головокружения, голода. Гипервентиляция утяжеляет течение обморока. Купируется внутривенным введением 40% глюкозы – 20-40 мл
- **Кардиогенный обморок** может стать причиной внезапной смерти. Потеря сознания при кардиогенных синкопе возникает в результате сердечной недостаточности, которая может быть связана как с поражением сердца при врожденных или приобретенных пороках, так и с нарушением сердечного ритма.

- **Брадиаритмический обморок** возникает при асистолии дольше 5-10 сек. на фоне внезапного урежения пульса до 20 ударов в минуту.

Профилактика: проветрить помещение, исключить отрицательное эмоциональное воздействие, сократить время ожидания приема, по возможности не работать с пациентом, если у него «пустой желудок». Наблюдать за состоянием пациента во время работы. Эмоционально лабильным пациентам за 20 минут до приема рекомендовано принять транквилизатор (элениум 0,005, седуксен 0,05, реланиум 0,05) или седативное средство (настойка валерианы 30-40 капель, пустырника 20 капель, валокордин до 40-50 капель) при отсутствии аллергии на эти препараты в анамнезе. Во время лечения следить, чтобы дыхание пациента было ровным.

Лечение: уложить больного в горизонтальное положение, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить приток свежего воздуха, дать вдохнуть пары нашатырного спирта, лицо и шею сбрызнуть холодной водой. Дальнейшее лечение может быть продолжено после нормализации показателей гемодинамики (АД; пульс) с согласия больного. Лечение проводить в полугоризонтальном положении больного. Отпускать пациента можно после полной нормализации его состояния желательно со взрослым сопровождающим.



КОЛЛАПС

Коллапс - это остро развивающаяся сосудистая недостаточность, проявляется резким снижением давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма. Сознание у больного сохранено, если к клинической картине коллапса не присоединяется обморок. Субъективная симптоматика коллапса соответствует таковой при обмороке. Пульс слабого наполнения, нитевидный, резко учащен, аритмичен. Тоны сердца глухие, аритмия. Дыхание поверхностное.



ЛЕЧЕНИЕ КОЛЛАПСА

- Лечение: больного переводят в горизонтальное положение. Необходимо поднять тонус сосудов и нормализовать работу сердца. Внутривенно вводят от 20 до 100 мл 40% раствора глюкозы с 2-5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2 мл кордиамина, 10 мл 10% раствора хлорида кальция.
- При неэффективности указанных мероприятий внутривенно вводят: 0,5 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида (0,5 мл 0,2% раствора норадреналина, 0,5 мл 1% раствора мезатона на 20-40 мл 40% раствора глюкозы (или изотонического раствора). По показаниям можно применить 60 мг преднизолона (250 мг гидрокортизона), ингаляцию кислорода, сердечные гликозиды.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

- Гипертонический криз (ГК) – внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного его снижения. Внезапное повышение АД может провоцироваться нервно-психической травмой, употреблением алкоголя, резкими колебаниями атмосферного давления, отменой гипотензивной терапии и др.
- Головная боль.
- Шум в ушах.
- Тошнота и рвота.
- Гиперемия (покраснение) лица.
- Тремор конечностей.
- Ксеростомия.
- Учащенное сердцебиение (тахикардия).
- Зрительные нарушения (мелькание мушек или пелена перед глазами).

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

- При развитии гипертонического криза у пациента в условиях амбулаторного стоматологического приёма врач - стоматолог должен придать больному полусидячее положение, измерить АД, пульс, приложить холод к голове;
- Медикаментозная терапия проводится избирательно с учётом анамнеза больного и тех препаратов, которые пациент постоянно принимает;
- При гипертоническом кризе всех типов выраженное действие оказывает клофелин 0,0075 – 0,15 мг под язык или 0,5 – 1 мл 0,001% раствора в/м или в/в медленно;
- При диастолической гипертензии и брадикардии (гипокинетический тип) предпочтителен коринфар или кордафен по 0,01 (1-2 таблетки).
- При отсутствии вышеуказанных препаратов до прибытия «скорой помощи» проводятся следующие инъекции: Дибазол 1% раствор 4 мл в/м или в/в; Папаверин 2% раствор 2 – 4 мл в/м или в/в;



ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ

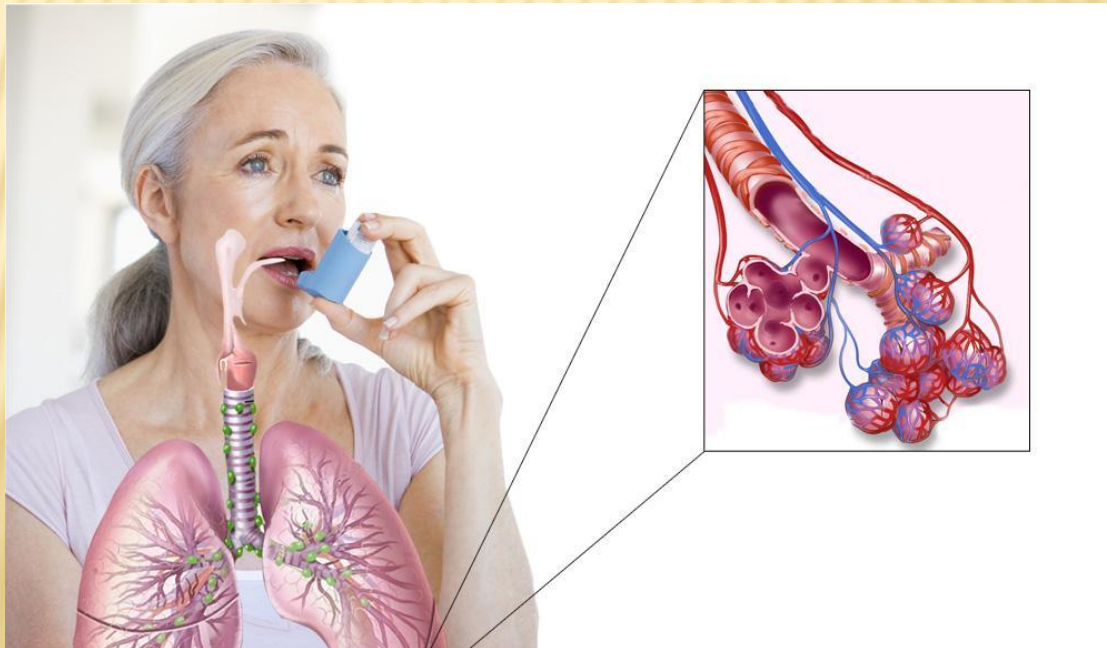
Тиреотоксический криз

Больному с тиреотоксикозом противопоказано введение анестетика с вазоконстриктором. Криз может быть спровоцирован психическим напряжением пациента, недостаточным обезболиванием.

Тиреотоксический криз проявляется беспокойством, ощущением удушья, страхом смерти, болью в области сердца, живота, резкой головной болью, рвотой, повышением АД, тахикардией, гипертермией, гиперемией кожи, потливостью, затем развивается сердечно-сосудистая недостаточность и терминальное состояние. При появлении симптомов тиреотоксического криза до приезда бригады «скорой помощи» требуется в фазе возбуждения ввести внутримышечно или внутривенно 10 мг седуксена или сибазона; преднизолона 60-120 мг, анаприлин 1-2 мг в/в при сильной тахикардии. При возникновении терминального состояния осуществляют экстренные реанимационные мероприятия.

ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бронхиальная астма – хроническое рецидивирующее заболевание инфекционно-аллергической природы с преимущественным поражением бронхиол и протекающее в виде приступов удушья той или иной продолжительности. Приступ возникает в результате длительного спазма гладкой мускулатуры бронхиол, гиперсекреции бронхиальных желез. Астматический приступ может произойти на стоматологическом приеме. Часто он начинается с мучительного кашля без мокроты, который сопровождается приступом удушья, появлением шумного дыхания с затруднением выдоха, беспокойством больного. Больной занимает вынужденное положение с упором рук на коленях (ортопноэ). Появляется цианоз кожных покровов. Обычно приступ заканчивается кашлем с отделением вязкой и густой мокроты. Приступ может длиться от нескольких минут до нескольких часов.



-
- Оказание помощи: до приезда «скорой помощи» обеспечить больному приток свежего воздуха или дать кислород. Легкий приступ может быть купирован ингаляцией 1-2 доз сальбутамола (венталина), фенотерола (беретек), алупента, астмопента.
 - При безуспешности терапии в/венно медленно вводят: эуфиллин 2,4% – 10 мл на 10 мл физраствора, преднизолон 60-90 мг или дексазон 4-8 мг. После купирования приступа лечение может продолжаться с согласия больного и врача. При некупирующемся приступе решается вопрос о госпитализации.

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Гипогликемическая кома возникает внезапно. Сначала появляются предвестники в виде чувства голода, слабости, обильного потоотделения, тахикардии, дрожания рук, беспокойства, диплопии. Если помощь не оказана, то появляются спутанность и потеря сознания, возбуждение, бред, тонические и клонические судороги, кожа влажная, дыхание поверхностное, частое, полная атония. Гипогликемическая кома очень опасна тем, что промедление в оказании помощи может иметь фатальные последствия. Особо опасным является ошибочное введение больному инсулина. Лечение: при появлении первых признаков гипогликемии надо выпить стакан сладкого чая, съесть сахар, мед, варенье. Затем можно продолжить лечение. При тяжелом состоянии в/венно необходимо ввести 20-40 мл 40% раствора глюкозы. Надо помнить, что ошибочное введение инсулина больному в гипогликемической коме смертельно опасно. При наличии сомнения лучше ввести 20 мл глюкозы 40% в/венно. Профилактика. Стоматологические вмешательства лучше проводить утром, через 1-2 часа после приема пищи и очередной дозы инсулина.

□ Спасибо за внимание!

