



Неотложные состояния в практике детско стоматолога

Хажакян М.Р.

Да, человек смертен,
но это было бы ещё полбеды.
Плохо то, что он иногда внезапно
смертен, вот в чём фокус!
М. Булгаков, "Мастер и Маргарита"



Причины возникновения неотложных состояний



Download from
Dreamstime.com

This watermarked comp image is for previewing purposes only.



ID 19142750

© Hermin Utomo | Dreamstime.com

Непереносимость составляющих анестезирующих растворов



Наличие сопутствующих заболеваний



- 1. Обморок.
- 2. Коллапс.
- 3. Аллергические реакции
- 4. Анафилактический шок.
- 5. Гипертонический криз.
- 6. Ишемия миокарда.
- 7. Аритмия.
- 8. Астматический статус.
- 9. Судорожные состояния.
- 10. Гипо- гипергликемическая кома.
Кетоацидотическая кома.
- 11. Острая дыхательная недостаточность.

Обморок

- Обморок – это приступ кратковременной потери сознания.

Виды:

1. Мозговой обморок
2. Сердечный обморок
3. Рефлекторный обморок
4. Обморок истерической природы



Нетоложная помощь

- – пациенту придать горизонтальное положение, снять галстук, расстегнуть
- ворот одежды, обеспечить приток свежего воздуха
- – вдыхание паров нашатырного спирта (рефлекторное возбуждение
- дыхательного и сосудисто-двигательного центров) – смочить ватный
- тампон нашатырным спиртом, сдавить грудную клетку и в момент
- пассивного расправления осторожно приблизить тампон к носу
- – при затяжном течении:
- 1. 10% раствор кофеин-бензоата натрия – 1 мл (в/м)
- 2. кордиамин – 1 мл (п/к); при продолжительном обмороке -
- 2мл (в/в) в 10 мл физ.раствора
- 3. 5% раствор эфедрина – 1 мл (в/м)
- 4. при брадикардии – 1% раствор атропина сульфата - 0,6-0,8 мл
- в разведении физ.раствором 1:1.





Коллапс- острая сосудистая недостаточность, возникающая в результате изменения соотношения между объёмом циркулирующей крови и ёмкостью сосудистого русла.

Клиническая картина: бледность кожных покровов, холодный пот, сужение периферических вен, резкое снижение АД, частое и поверхностное дыхание.

Неотложная помощь

- Уложить больного в горизонтальное положение, приподнять ножной конец стоматологического кресла (подложить под ноги валик), опустить головной конец.
- Обеспечить приток свежего воздуха
- – преднизолон 1- 2 мг/кг массы тела (в/в)
- – вызов реанимационной бригады или анестезиолога
- 11
- – внутривенная инфузия: физ. раствор, 5% раствор глюкозы не менее 500
- мл, полиглюкин, желатиноль – 100 мл.
- – кордиамин – 2 мл, разведенный до 10 мл физ.раствором (в/в)
- – при ухудшении состояния мезатон 1% - 1 мл, разведенный в 400 мл 5%
- раствора глюкозы или физ. раствора (в/в со скоростью 20-40 кап в минуту)
- под контролем АД и пульса
- – госпитализация.

Аллергические реакции

Крапивница– локальные высыпания на коже,
состоящие из волдырей и эритемы,
сопровождающиеся зудом кожи



Лечение

- – прекратить манипуляции,
- – 2% раствор супрастина – 2мл (в/м),
- – 5% раствор аскорбиновой кислоты
– 5мл (в/м)

Ангионевротический отёк (отёк Квинке)

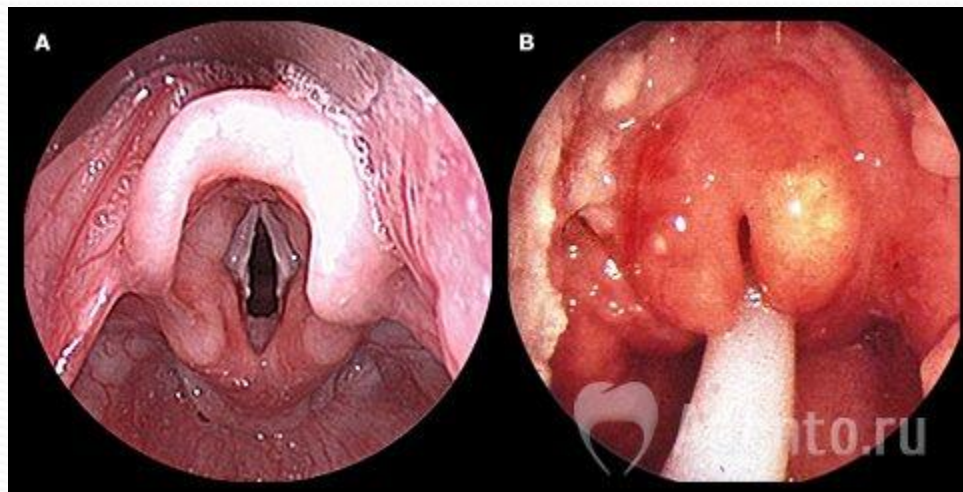


аллергическая реакция со значительными участками отёка, захватывающими как кожу, так и рыхлые подкожные соединительнотканые структуры

Клиника

- Внезапное начало, появление над уровнем кожи припухлости эластической консистенции со стертыми границами, значительный отёк губ, бледность кожи, отек гортани сопровождается «лающим кашлем», затрудненным дыханием, перерастающим в одышку инспираторно-экспираторного типа.

Некупированный отёк гортани может привести к
летальному исходу!



Лечение:

- – прекратить манипуляции
- – придать больному горизонтальное положение
- – 2% раствор супрастина – 2 мл (в/в медленно)
- – преднизолон 1- 2 мг/кг массы тела (в/в)
- – при значительном снижении АД – 1% раствор мезатона – 1 мл (в/м)
- – при нарастающем цианозе с угрозой асфиксии проведение коникотомии или трахеотомии
- – госпитализация



Анафилактический шок:
Анафилактический шок является тяжелой
аллергической реакцией, протекающей по типу
острой сердечно-сосудистой и
надпочечниковой недостаточности.

Клинические проявления:

1. Типичная форма
2. Гемодинамический вариант
3. Асфиктический вариант
4. Церебральный вариант
5. Абдоминальный вариант

Стандарт действия

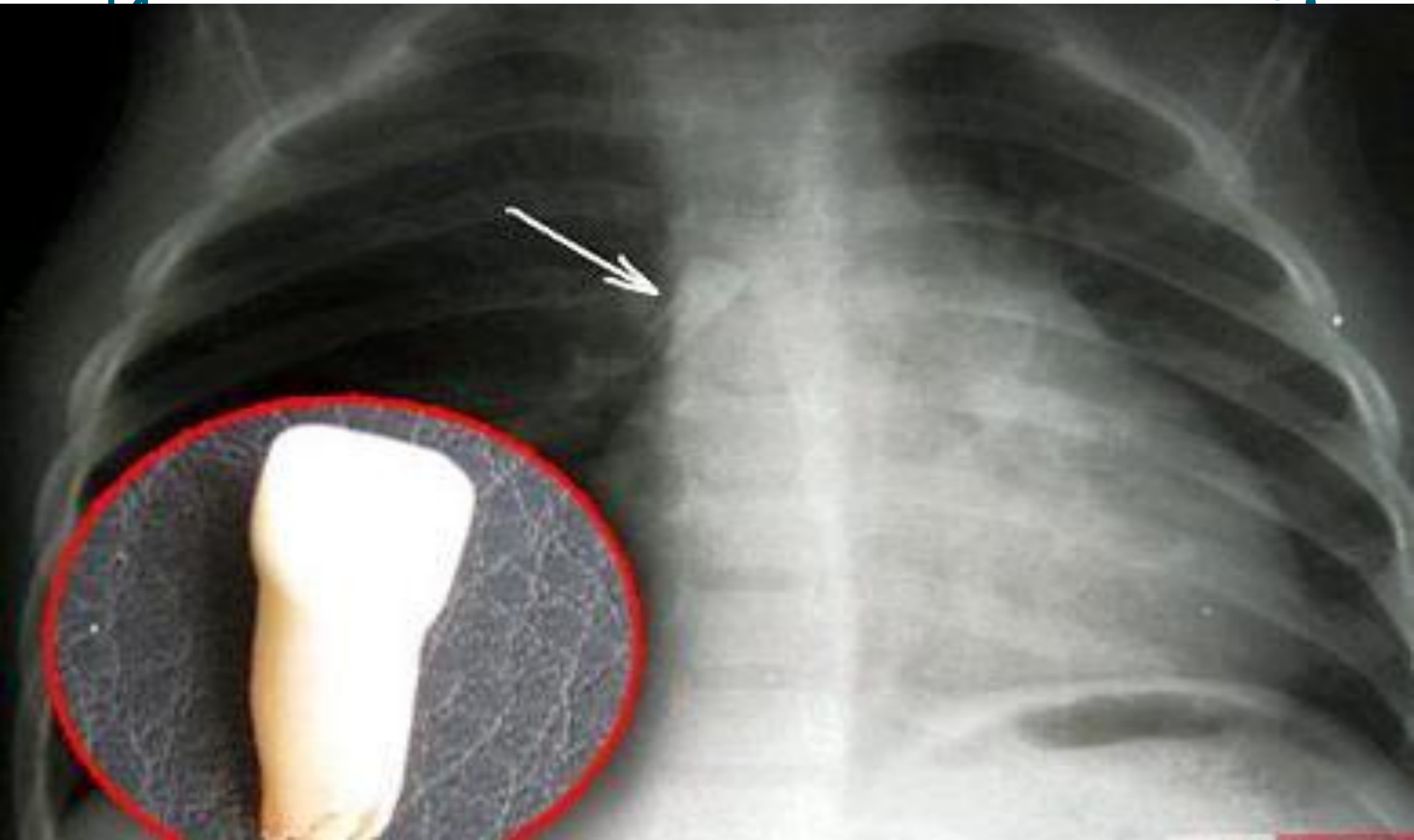
1. Прекратить введение лекарственного препарата.
2. Придать устойчивое боковое положение, очистить ротовую полость от рвотных масс.
3. Уложить больного в горизонтальное положение, приподнять ножной конец стоматологического кресла (подложить под ноги валик), опустить головной конец.
4. Обеспечить приток свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду (воротник, ремень).
5. Измерить АД и ЧСС (в дальнейшем контролировать АД каждые 2-3 минуты, не снимая манжетки).
6. Подготовить стандартную укладку «Анафилактический шок».
7. Подготовить систему для внутривенного вливания, шприцы, иглы, жгут.
8. Обеспечить венозный доступ, начать инфузию 0,9% р-ра NaCl 400мл. струйно (впоследствии скорость инфузии изменяется в зависимости от уровня АД).

Астматический статус

Астматический статус – это продолжительная стойкая обструкция дыхательных путей, при которой снимавшие ранее приступ астмы бронхолитики не дают эффекта.



- - оксигенотерапия (увлажненный O₂ через носовой катетер),
- - дексазон 4 мг (в/в) или преднизолон 2-3 мг/кг массы тела (в\в),
- - эуфиллин 2,4% - 15 мл, разведенного в 200 мл изотонического раствора
- хлорида натрия или 5% раствора глюкозы (в\в капельно),
- 19
- - 100-150мг гидрокортизона или 90-120 мг преднизолона в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия (в/в капельно),
- - строфантин 0,05% - 0,5 мл в разведении (в\в медленно),
- - госпитализация.





Клиническая картина:



**Типичный вид
пациента при
попадании инородного
тела в дыхательные пути
(подавился)**



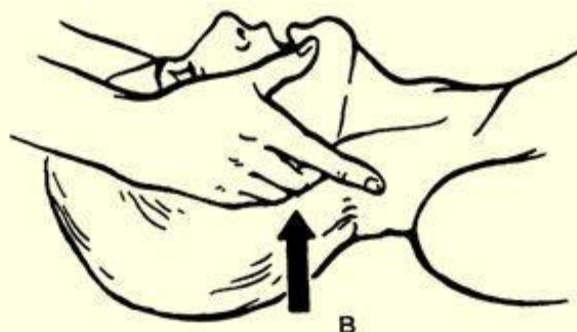
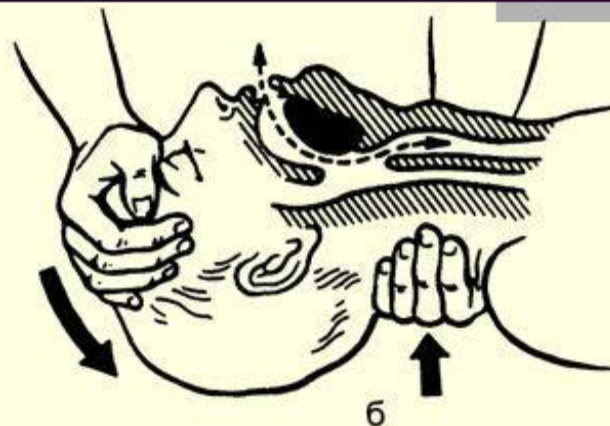
**Выполнение
приема Геймлиха
у пациента в
сознании**



**Выполнение
приема
Геймлиха у
пациента без
сознания**



Тройной прием П.Сафара



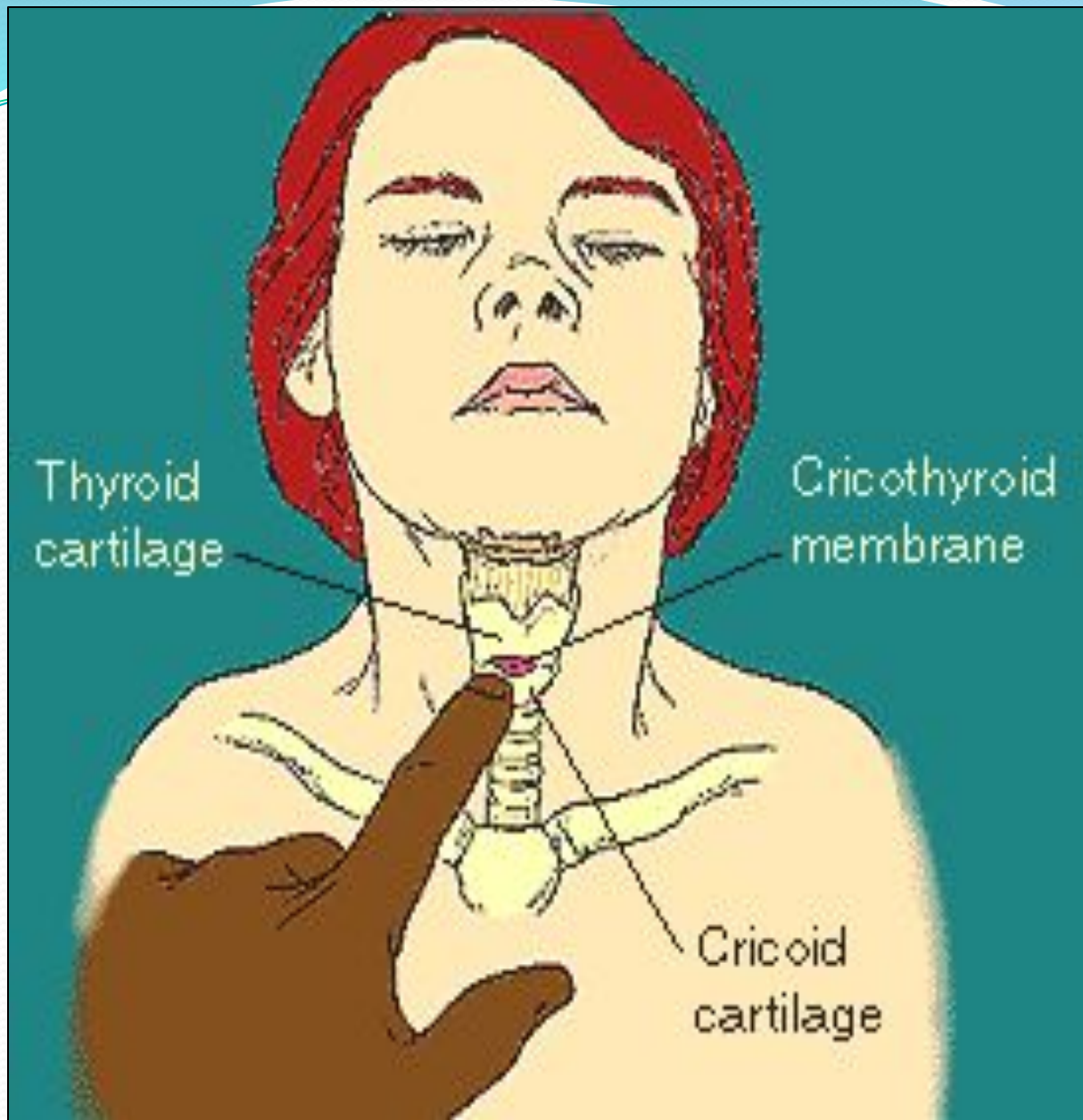
а – западение языка
б – разгибание головы

в – выдвижение нижней челюсти
г – открывание рта

- 1. Осмотреть ротоглотку (по возможности удалить инородное тело).**
- 2. Попросить окружающих вызвать реанимационную бригаду «Скорой помощи».**
- 3. Выполнить прием Геймлиха.**
- 4. Осмотреть ротоглотку.**
- 5. Выполнить повторно прием Геймлиха.**
- 6. При неэффективности приема Геймлиха:**
 - Выполнить «тройной» прием (уложить больного на ровную горизонтальную поверхность, разогнуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть):**
 - Провести 2-3 пробных экспираторных вдоха.**
- 7. При эффекте ИВЛ (искусственная вентиляция легких) методом «рот в рот» (раздувание грудной клетки во время искусственного вдоха, прослушивание дыхательных шумов, исчезновение цианоза) продолжить ИВЛ до приезда реанимационной бригады «Скорой помощи».**

8. При неэффективности ИВЛ экспираторным методом – конико- или трахеотомия (конкурирующим коникотомии методом считается введение через коническую связку в просвет трахеи 2-3 игл с широким диаметром).
9. Обязательная госпитализация больного в специализированное отделение.

Примечание: при отсутствии дыхания и сердечной деятельности – начинать с проведения сердечно-легочной реанимации (см. соответствующий стандарт).



Анатомия крикотиреоидной мембраны

Судорожный синдром:

Судороги – это внезапные приступы клонических или тонико-клонических непроизвольных сокращений мышц с потерей или без потери сознания.

- - предупредить возможные ушибы головы, рук и ног при падении и судорогах (под голову подложить подушку, руки и ноги придерживают),
- - обеспечить свободную проходимость дыхательных путей (расстегнуть воротник, ослабить пояс),
- - если характер припадка и диагноз заболевания не установлены - проверяют реакцию зрачков на свет: при эпилепсии зрачок не реагирует на свет во время припадка,
- у здоровых и больных истерией при приближении источника света к глазу зрачок суживается,
- - реланиум 2-4 мл (в\в струйно)

- 
- - нельзя! давать воду или лекарственные препараты, назначать препараты камфары,
 - - после припадка не следует пытаться разбудить больного,
 - - госпитализация.

Токсическое действие (передозировка) местных анестетиков:

- В токсических дозах новокаин, лидокаин, тримекаин и другие анестетики после кратковременного возбуждения ЦНС угнетают кору головного мозга и подкорковые центры (дыхательный и сосудо-двигательный) вплоть до развития коллапса, острой дыхательной и сердечной недостаточности.
- При легкой степени отравления отмечается тошнота, головокружение, судороги мышц конечностей, бледность кожных покровов, учащение пульса, понижение АД.
- При тяжелой интоксикации появляются тонические и клонические судороги, признаки легочной и сердечно-сосудистой недостаточности. По времени развитие наиболее тяжелых признаков отравления варьирует от нескольких минут до многих часов.

Стандарт действия

1. Прекратить введение лекарственного препарата.
2. Уложить больного в горизонтальное положение, приподнять ножной конец стоматологического кресла (подложить под ноги валик), опустить головной конец.
3. Обеспечить приток свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду (воротник, ремень).
4. Измерить АД и ЧСС, в дальнейшем контролировать эти параметры каждые 2-3 минуты, не снимая манжеты.
5. Подготовить систему для внутривенного вливания: шприцы, иглы, жгут.
6. Обеспечить венозный доступ, начать в/в инфузию 400,0 0,9% Na Cl со скоростью 40-50 капель в минуту.
7. Вызвать реанимационную бригаду «Скорой помощи».

Примечание: при развитии коллапса, судорог, остановки дыхания и кровообращения - действовать по соответствующим стандартам.

12. Клиническая смерть:

Признаки остановки дыхания и сердечной деятельности:

1. Отсутствие дыхательных экскурсий грудной клетки, определяемых визуально;
2. Отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии;
3. Отсутствие сознания.



ьса



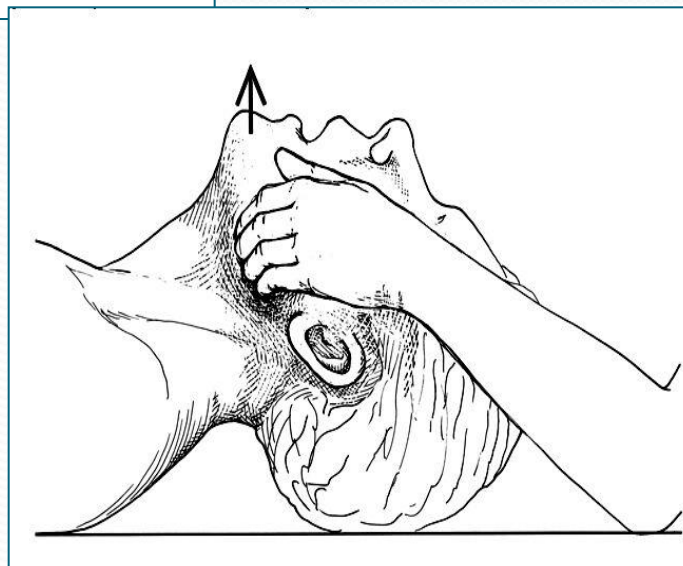
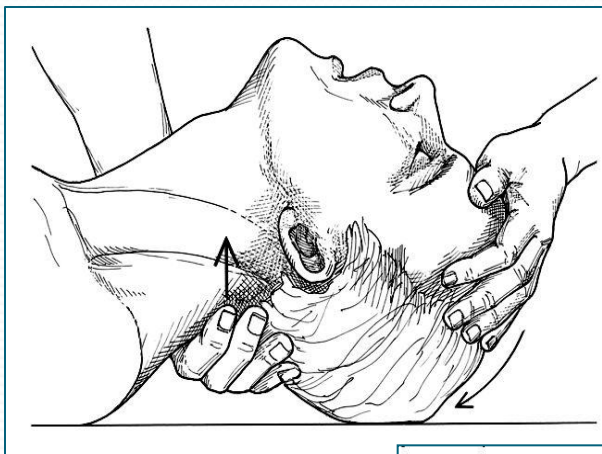
3 «кита» сердечно-легочной реанимации :

- 1. Обеспечение проходимости дыхательных путей**
- 2. Искусственная вентиляция легких**
- 3. Непрямой массаж сердца**

Обеспечение проходимости дыхательных путей:

- Положение больного э
- Тройной прием Сафара
- Введение воздуховода
- Интубация

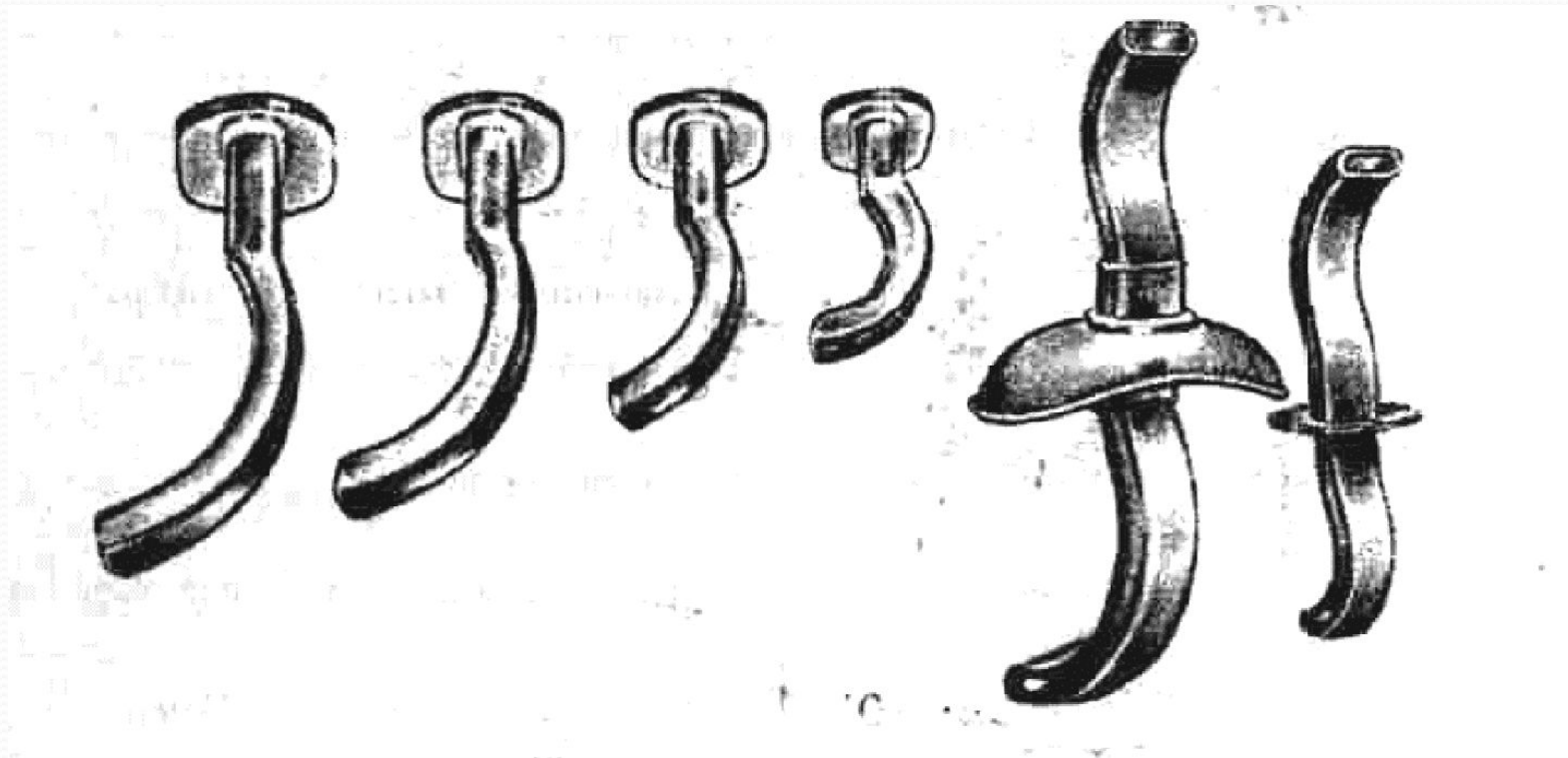
12.2.2 Тройной приём Сафара:



Тройной приём Сафара:

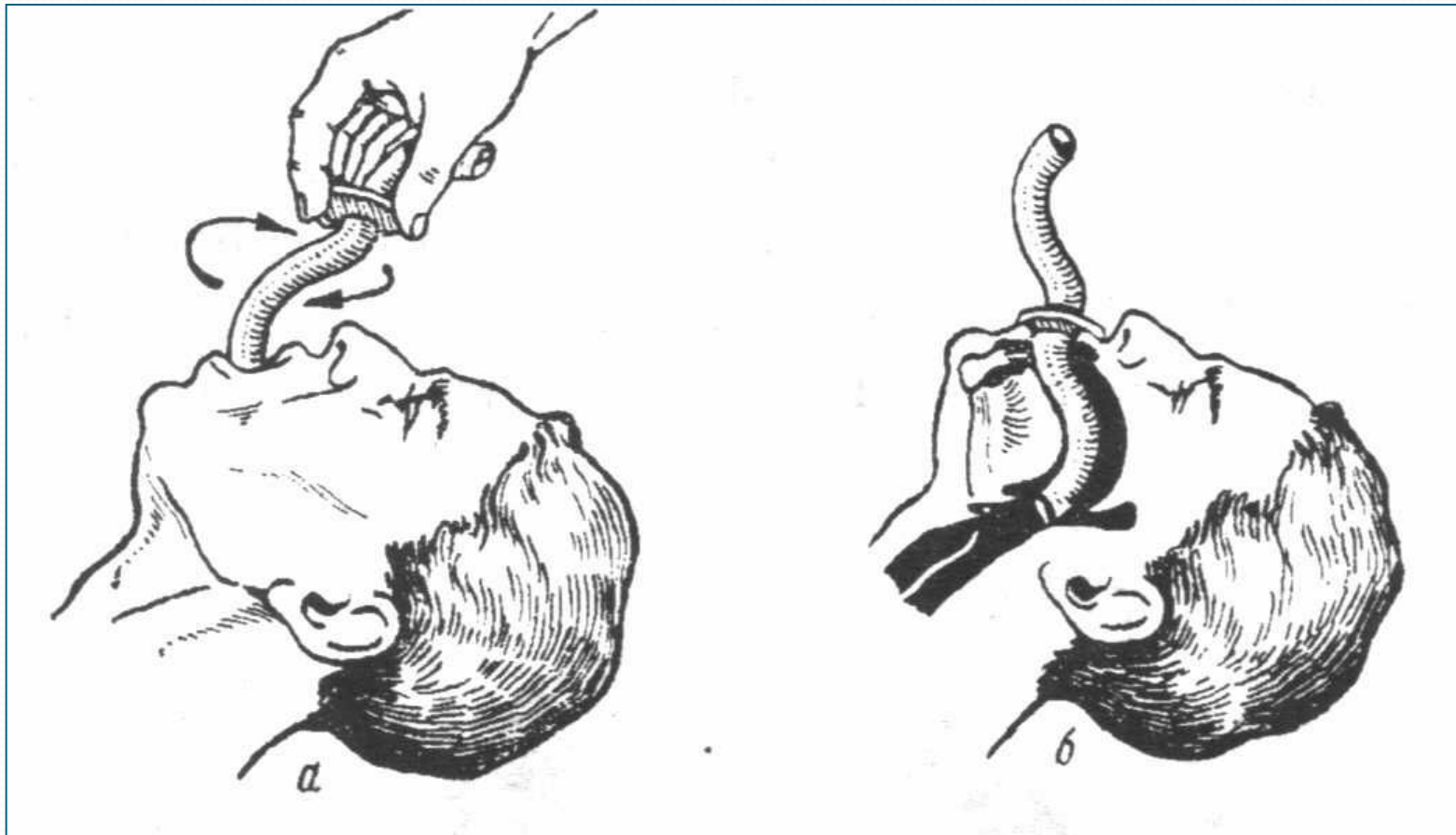
**Если при попытке
искусственного вдоха нет
экскурсий грудной клетки -
- повторить все этапы !**

Введение воздуховодов:



Методика введения воздуховода

Сафара:



Методика введения воздуховода

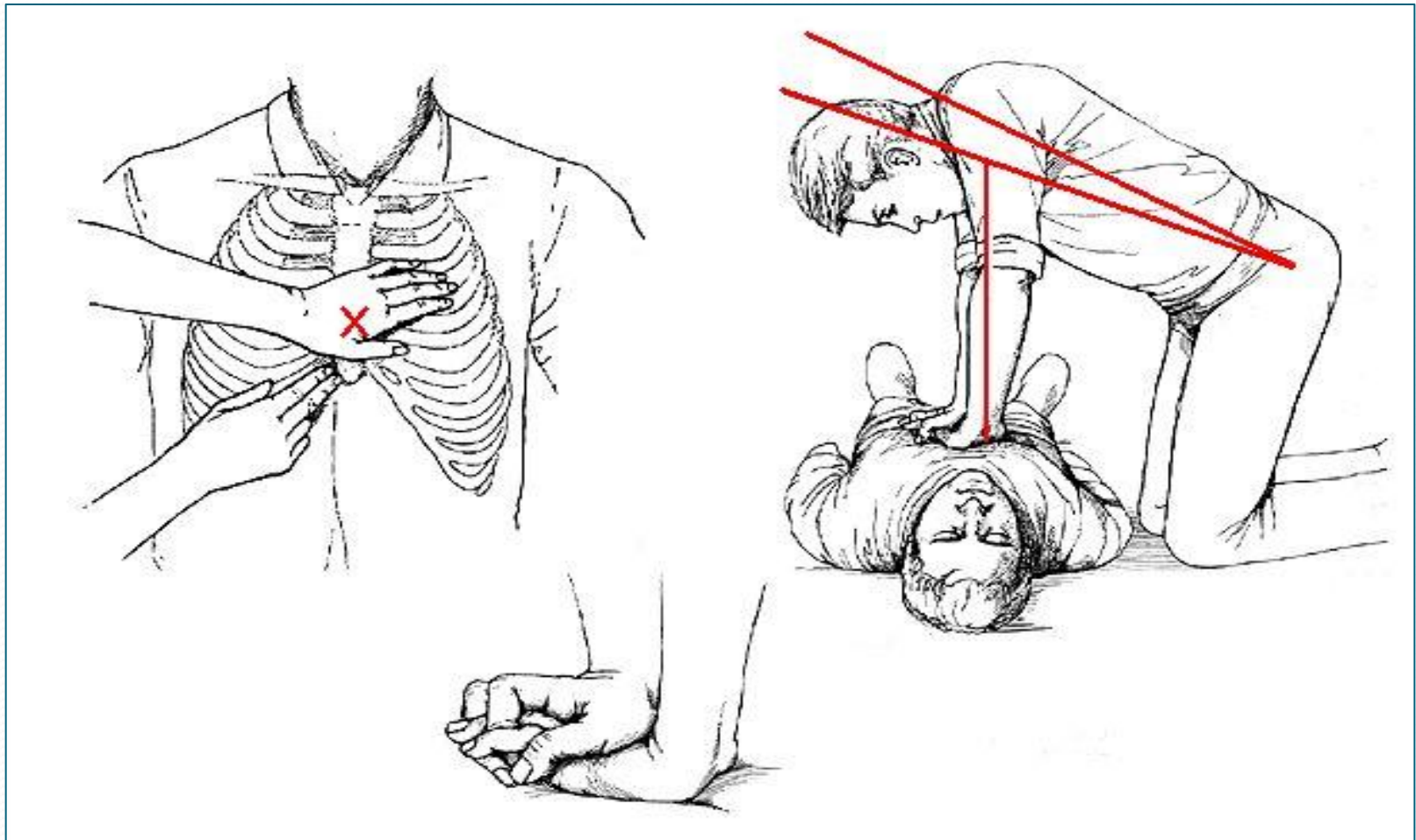
Гведела:



Искусственная вентиляция лёгких:



Непрямой массаж сердца:



Показатели эффективности СЛР :

- синхронная с компрессиями «пульсовая волна» на сонной артерии (пальпирует реаниматор, проводящий ИВЛ)
- сужение зрачков
- появление тонуса век и замыкание глазной щели
- спонтанные движения гортани
- изменение цвета кожи

С появлением отчетливой пульсации артерии (восстановление сердечной деятельности) массаж сердца прекращают, продолжая ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания и сознания.

Стандарт действий:

1. Оценить состояние больного (наличие сознания, самостоятельного дыхания, пульса на сонной артерии, цвет кожи и слизистых, величину зрачков).
 2. Попросить окружающих вызвать реанимационную бригаду «Скорой помощи».
 3. Уложить больного на ровную жесткую поверхность, приподняв ножной конец тела.
 4. Нанести прекардиальный удар.
 5. Восстановить проходимость дыхательных путей.
 6. Приступить к закрытому массажу сердца и ИВЛ (соотношение вентилляция- массаж 2:30).
 7. Подготовить стандартную укладку «Сердечно-легочная реанимация».
 8. Введение препаратов из укладки:
 - адреналин 0,1% 1мл, повторять каждые 5 мин реанимации (до суммарной дозы 10 мл)
 - атропин 0,1% 1мл дважды через 5 мин.
 9. Проводить реанимационные мероприятия до приезда бригады «Скорой помощи».
 10. После успешной реанимации - обязательная госпитализация.
- Примечание:** все лекарственные препараты вводятся внутривенно, при невозможности внутривенного введения вводятся внутримышечно в мышцы дна полости рта.

Спасибо !

