

**ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М Горького
Кафедра скорой медицинской помощи и
экстремальной медицины**

ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИИ



Авторы:

**О.В. Демчук
С.В. Гладкая
И.В. Гуменюк
В.О. Демчук**

Обморок

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Дискомфорт, ощущение дурноты, головокружение, шум в ушах, неясность зрения, нехватка воздуха, появление холодного пота, ощущение «комка в горле», онемение языка, губ, кончиков пальцев.
- Продолжается от 5 секунд до 2 минут.
- Кожа пациента бледнеет, покрывается испариной, пульс нитевидный или отсутствует, артериальное давление резко снижено или не определяется.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ✓ Уложить пациента в положение Тренделенбурга (лежа на спине под углом 20-45° с приподнятым тазом по отношению к голове).
- ✓ Ослабить воротник, пояс — обеспечить доступ свежего воздуха и возможность свободного дыхания.
- ✓ Рефлекторно воздействовать на дыхательный и сердечно-сосудистый центры (вдыхание паров 10% раствора нашатырного спирта).
- ✓ При затяжном течении обморока ввести 10% р-р кофеин-бензоата натрия - 1 мл п/к.

При отсутствии эффекта: 5% р-р эфедрина - 1 мл п/к или мезатона 1% - 1 мл п/к.

- ✓ При выходе из обморочного состояния обеспечить проходимость дыхательных путей, затем покой, оксигенотерапия, горячий чай.

Судорожные состояния

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Проявляются непроизвольными сокращениями поперечнополосатой мускулатуры.

Возможные причины:

- Эпилепсия
- Токсическое действие местных анестетиков
- Нарушения сердечного ритма
- Острое нарушение мозгового кровообращения
- Тепловой удар
- Гипертермия, лихорадка
- Гипокальцемия
- Эклампсия
- Черепно-мозговая травма

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Ослабить воротник.
2. Подложить под голову что-нибудь мягкое и плоское.
3. Освободить рот от посторонних предметов (инструментов и материалов).
4. Уложить пациента на бок во избежание аспирации.

Вызов бригады СМП необходим, если приступ:

1. Происходит у беременной.
2. Длится дольше пяти минут.
3. Новый приступ начинается вскоре после первого.
4. После приступа сознание не восстанавливается.

НВ! ЗАПРЕЩЕНО!

1. Фиксировать пациента.
2. Вводить в полость рта различные устройства в фазе судорог.
3. Насильно разжимать зубы

Гипогликемическая кома



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Общая слабость, профузная потливость, дрожь всего тела, чувство голода.
- Возможны: головная боль, сердцебиение, онемение губ, языка, парестезии, диплопия.
- У пациента наблюдается: расширенные зрачки, тонус глазных яблок не изменен, АД в норме, запах ацетона отсутствует.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- 1. Уложить пациента на бок.
- 2. Внутривенно 40% р-р глюкозы в дозе 0,2-0,5 мл/кг или внутримышечно глюкагон; 1 мг (детям с массой тела менее 20 кг — 20–30 мкг/кг).
- 3. При восстановлении сознания – перорально быстроусвояемые углеводы (1-2 куска сахара-рафинада или 1–2 чайные ложки сахара-песка, сладкий чай, сладкий сок, варенье).

Гипертонический криз

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Головная боль в затылочной области, тошнота, рвота, онемение губ, лба, гиперемия лица, мелькание мушек перед глазами, спутанное сознание, носовое кровотечение, кровотечение в области операционного поля.

NB!

- ✓ во время гипертонического криза может развиваться нарушение мозгового кровообращения динамического характера или инсульт;
- ✓ нередко отмечается стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная астма и отек легких.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ✓ Вызов бригады СМП
- ✓ До прибытия бригады СМП: каптоприл сублингвально 25 мг, при недостаточном эффекте повторно через 30 минут в той же дозе.
- ✓ При отсутствии эффекта: нифедипин по 10-20 мг сублингвально, при недостаточном эффекте повторно через 30 минут в той же дозе.
- ✓ При сочетании повышенного САД и тахикардии – пропранолол 10-40 мг сублингвально (противопоказан при бронхиальной астме и брадикардии).

NB! ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА:

- ✓ Анестетики и ретракционные нити с добавлением адреналина применяют по строгим показаниям.
- ✓ Перед введением анестетика необходимо проведение аспирационной пробы.
- ✓ При поступлении крови в карпулу обязательно изменить положение иглы, чтобы избежать внутривенного введения анестетика с адреналином.

Острый коронарный синдром



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Давящая сжимающая боль за грудиной, в глубине грудной клетки, иррадиирующая в левую лопатку, плечо, предплечье, эпигастральную область, в левую половину шеи и нижней челюсти.
- Жалоба на чувство страха смерти.
- Характерный жест пациента при демонстрации локализации боли: ладонь или кулак на груди.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Уложить больного с приподнятой головой.
 2. Измерить АД.
 3. Вызвать бригаду СМП.
 4. Под язык – нитроглицерин по 0,4 мг каждые 5 минут трехкратно, под контролем ЧСС и АД. Снижение АД менее чем 90/60 мм рт. ст. требует отмены препарата.
 5. При сохранении боли более 10 минут – разжевать таблетку ацетилсалициловой кислоты в дозе 250-300 мг.
 6. В/в медленно – р-р анальгина 50% - 2 мл в разведении 0,9% - 10 мл физраствора.
 7. При отсутствии противопоказаний – пропранолол 10-40 мг сублингвально.
- ВВ! Противопоказания – бронхиальная астма, брадикардия) САД менее 90 мм рт ст.*
8. Госпитализация.

Анафилактика

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Поражение кожи и/или слизистых: генерализованная крапивница, зуд и/или эритема, отек губ, языка.
- Респираторные проявления: затруднение дыхания, одышка, кашель, заложенность носа, чихание, хрипы в груди, стридор, гипоксемия.
- Внезапное снижение артериального давления.
- Персистирующие гастроинтестинальные нарушения: спастические боли в животе, рвота.

*ВВ! ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АНАФИЛАКСИИ
НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ПРИЗНАКОВ*



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Вызвать реанимационную бригаду СМП.
2. Уложить пациента в горизонтальное положение с приподнятыми ногами.
3. Обеспечить проходимость дыхательных путей.
4. П/к, в/м ввести 0,3 - 0,5 мл 0,1% р-ра адреналина, вторую дозу можно вводить через 5 минут (обколоть место инъекции при реакции на введение препарата).

При отсутствии эффекта от в/м введения адреналина — в/в введение 1мл 0,1% адреналина на 9 мл 0,9% раствора хлорида натрия. При неэффективности - инфузия 2 мл 0,1% раствора адреналина с 200 мл 0,9% физраствора.

5. ГКС (преднизолон 60-90 мг в/м или в/в; дексаметазон 8-12 мг в/в).
6. В/м 2 мл 2% супрастина.
7. При бронхоспазме – в/в р-р эуфиллина 2,4% – 5-10 мл в 10 мл 40% раствора ГЛЮКОЗЫ
8. До приезда реанимационной бригады — постоянный контроль АД, пульса, дыхания.
10. При выраженном стридорозном дыхании — коникотомия, сердечно-легочная реанимация по необходимости.

Инородное тело в верхних дыхательных путях

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сухой кашель с незначительным количеством стекловидной мокроты, свистящее дыхание, значительно удлинение выдоха по отношению к вдоху.
- Пациент принимает вынужденное положение: сидит, опираясь на руки, вовлекая в акт дыхания дополнительные мышцы.

Патогенез терминального состояния при аспирации инородных тел:

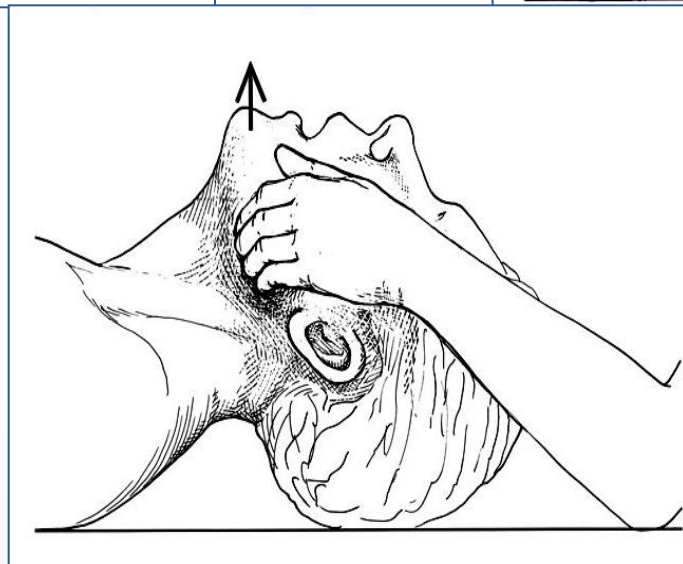
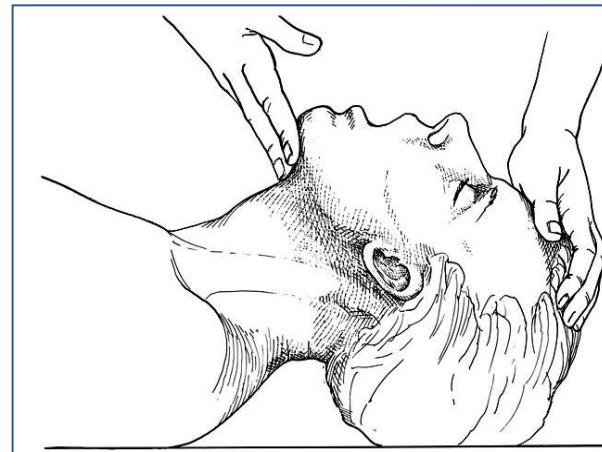
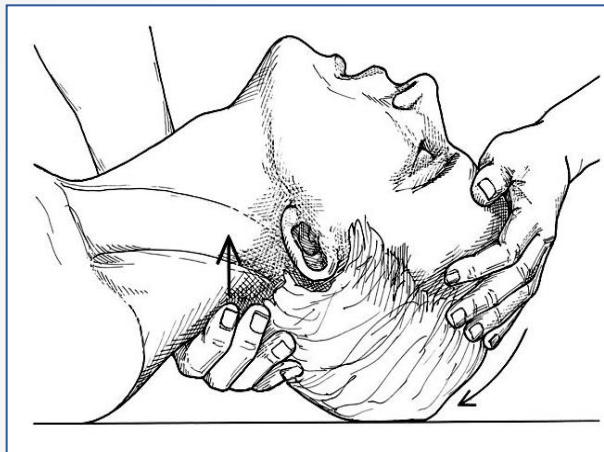
- частичная, реже полная обтурация инородным телом просвета гортани или трахеи;
- сопутствующий рефлекторный ларингоспазм;
- гипоксия за счет декомпенсированного нарушения проходимости верхних дыхательных путей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

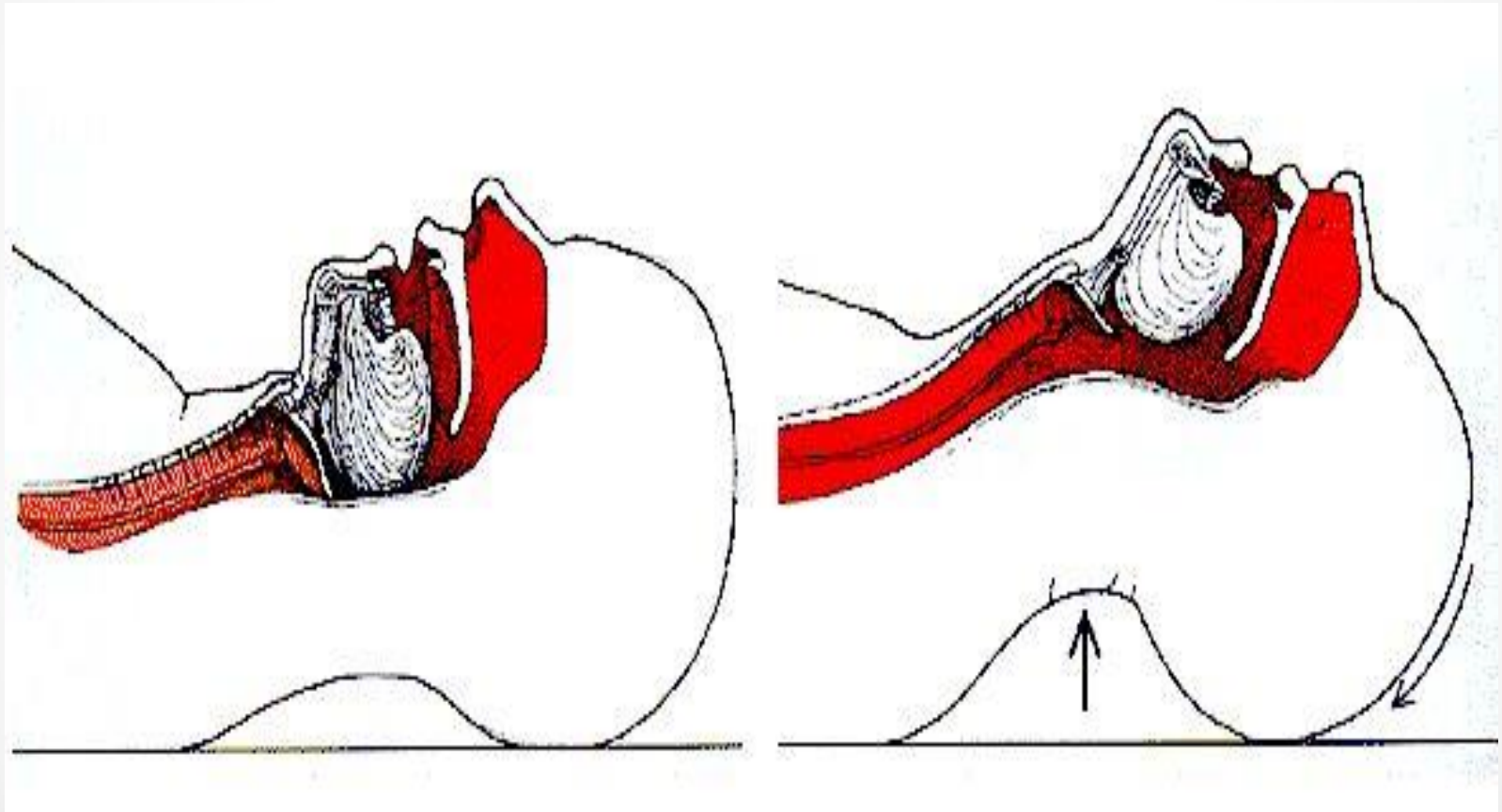
1. Осмотреть ротоглотку (по возможности удалить инородное тело).
2. Попросить окружающих вызвать реанимационную бригаду «Скорой помощи».
3. Выполнить прием Геймлиха.
4. Осмотреть ротоглотку.
5. Выполнить повторно прием Геймлиха.
6. При неэффективности приема Геймлиха:
 - Выполнить «тройной» прием (уложить больного на ровную горизонтальную поверхность, разогнуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть):
 - Провести 2-3 пробных экспираторных вдоха.
7. При эффекте ИВЛ (искусственная вентиляции 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).*

Тройной приём Сафара



Тройной приём Сафара





**Выполнение
приема Геймлиха
у пациента в
сознании**

Приёмы удаления инородного тела у взрослых



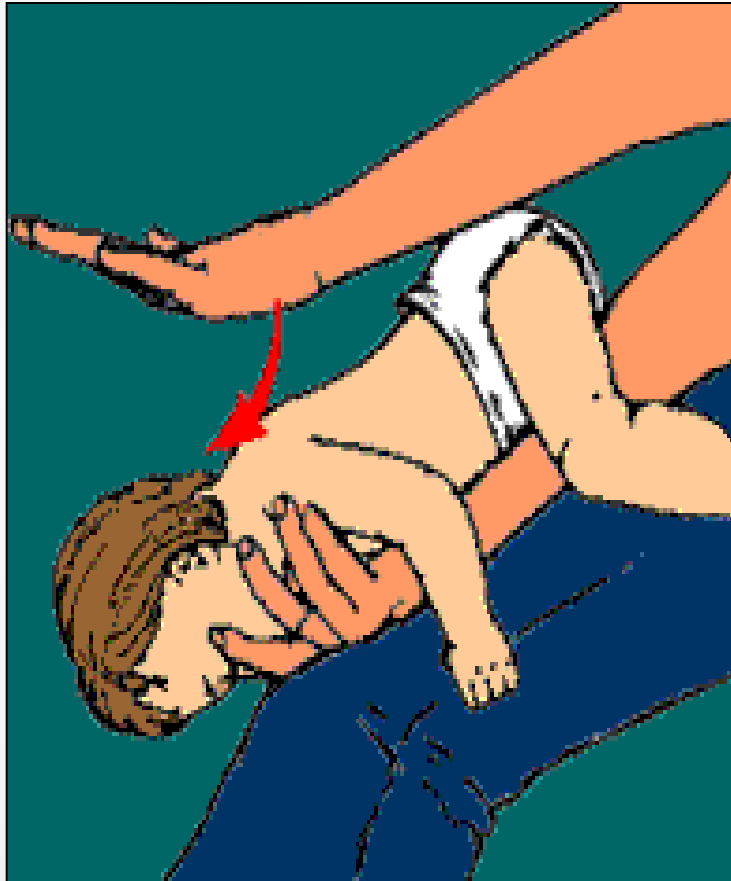
**Выполнение
приема Геймлиха
у пациента без
сознания**

Приёмы удаления инородного тела у детей



**Выполнение
прием Геймлиха
при попадании
инородного тела
в ВДП у младенца**

Приёмы удаления инородного тела у детей



Стандарт действий

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).*

A blue-tinted photograph of a chess set on a reflective table with glasses, with a window and curtains in the background. The scene is dimly lit, with light coming from a window in the background. The chess pieces are arranged on a dark, reflective surface, and a pair of glasses is placed in the foreground. The overall mood is quiet and contemplative.

Благодарю за внимание